同意書

　年　　月　　日

沖縄県知事　殿

沖縄県雇用継続助成金の支給申請に際して、申請に不備等がある場合には、必要に応じて、沖縄県が沖縄労働局に対して申請内容の確認を行うことに同意します。

申請者住所

事業者名

代表者役職・氏名

(署名または記名押印)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

○確認用情報記入欄

※沖縄労働局に申請内容の確認を行うために必要な情報です。必ずご記入下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 雇用保険適用事業所名 |  |
| 2 | 雇用保険適用事業所番号  （4桁―6桁―1桁） | ―　　　　　　　　　　― |
| 3 | 国から支給決定を受けた助成金の種別  （いずれかに○） | ア　雇用調整助成金（雇用保険加入者対象）  イ　緊急雇用安定助成金（雇用保険非加者対象） |
| 4 | 国から支給決定を受けた助成金の申請日 | 年 　月　 日 |
| 5 | 国から支給決定を受けた助成金の判定基礎期間　(※) | 年 　 月 日 ～　　 年 　月 　 日 |

(※)原則として賃金の締め切り日の翌日から、その次の締め切り日までの期間