**群馬県雇用調整助成金申請手続支援事業申請書**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

群馬県知事

山本　一太　あて

企業等の名称

代表者職・氏名

企業等の所在地

申請書

|  |
| --- |
| １　企業等の概要 |
| 労働保険番号 |  |  | － |  | － |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |  |  |
| 雇用保険適用事業所番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 休業等実施事業所名 | 　 | 休業等実施事業所住所 | 　 |
| 業種 |  |
| 労働者 | 人 |
| うち雇用保険被保険者 | 人 |
| うち雇用保険被保険者以外の者 | 人 |
| ２　本申請に係る連絡先 |
| 担当者氏名 |  | 所属・役職 |  |
| 電話・ＦＡＸ | （電話）　　　　　　　　（FAX） |
| メールアドレス | 　 |
| 相談希望場所 | １企業内指定場所２社労士事務所３その他 |
| 相談希望日程（曜日・時間等） |  |

**裏面に続く→**

**群馬県雇用調整助成金申請手続支援事業申請書裏面**

＜誓約＞

新型コロナウイルス感染症に関する事由で、群馬県雇用調整助成金申請手続支援事業を申請します。

当該支援事業の申請を行うにあたり以下のことを誓約します。（□欄にチェックしてください。）

□新型コロナウイルス感染症の影響を受け、当該感染症による休業等に関する取組の実施を具体的に予定しており、また不正受給を目的としたものではない。

□群馬県内内で事業を営んでいること。

□雇用調整助成金で位置づける中小企業であること。

□常時雇用する労働者がいること。

□「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」第２条第２号に規定する暴力団及びその利益となる活動を行う者でないこと。

【確認】（該当する場合には、□欄にチェックしてください。）

□他の事業で助成金申請支援を受けたことがある。（支援を受けた（または受ける）事業の内容と、本申請で支援を受ける内容が重複すると認められる場合は、対象外になります。）

□雇用調整助成金への初回の申請手続き等である。

□不正受給を目的としたものであることや本申請内容が不正であることが判明した場合には、支援を中止します。

申請理由・助言希望

|  |  |
| --- | --- |
| 新型コロナウイルス感染症に係る影響による休業等に関する取組予定・申請理由 | 新型コロナウイルス感染症の影響による事業活動の縮小（休業等）に係る具体的な状況と専門家の助言が必要な理由を記載 |
| 派遣専門家への助言希望内容、その他希望等 |  |

※注意　当該支援事業では雇用調整助成金手続に関する書類の提出・申請代行は致しません。