

賃金不払事故補償の〈適用〉通知書

平成 年 月 日

〒

住所

〒

氏名

公益財団法人介護労働安定センター
理事長

あなたから平成 年 月 日付けで事故の報告がありました事項について審査した結果、下記のとおり決定いたしましたので通知します。

記

- 賃金不払事故補償見舞 適用 (次の2の通り) 不適用
- 賃金不払事故補償見舞の内容

支払額	
未払賃金の期間	
求人者氏名	
住所	

(注) 別添の「賃金不払事故補償請求書」(賃金不払事故様式10号)をセンター支部(所)に提出してください。

なお、後日、本件に係る未払賃金の支払いを受けた場合は、この通知書の金額の範囲内で返戻してください。

- 不適用の事由

公益財団法人介護労働安定センター 殿

賃金不払事故補償請求書

次のとおり請求します。

		請求・承諾年月日	平成 年 月 日				
請求書	(フリガナ) 氏名	印	生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日			
	住所	〒 TEL ()					
請求額		金 円					
振込先	金融機関名 (フリガナ)	支店名 (フリガナ)			預金の種別		
	口座番号						

※請求書の本人名義の口座に限ります。

求人者氏名		〒	〒
		住所	

賃金不払事故補償の適用取消及び返還通知書

平成 年 月 日

〒

住所

〒

氏名

殿

公益財団法人介護労働安定センター

理事長

平成 年 月 日付けをもって行った賃金不払事故補償の適用については、下記の理由により取消したので、返還されるよう通知します。

記

1 返還金額 金 _____ 円

2 理由

3 返還口座 銀行 :

口座番号 :

名義 :

4 返還期限 平成 年 月 日 ()

5 その他 振込手数料については、ご負担ください