

介護基盤人材確保等助成金定着率確認対象者一覧表

申請者事業主名称

	①氏名	②被保険者番号	③取得日	④喪失日	⑤職務内容等
1			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
2			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
3			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
4			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
5			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
6			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
7			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
8			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
9			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
10			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
11			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
12			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
13			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
14			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
15			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
16			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
17			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
18			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
19			平成 年 月 日	平成 年 月 日	
20			平成 年 月 日	平成 年 月 日	

※定着率確認対象被保険者が 20 人を超える場合は、属紙に記載し併せて提出して下さい。

※裏面の注意書きを必ずお読み下さい。

様式第5号（裏面）

1 提出上の注意

- (1) この一覧表は、「介護基盤人材確保等助成金支給申請書」（様式第3号）に添付し、申請者の主たる事業所（通常本社）の所在地を管轄する都道府県労働局職業安定部介護基盤人材確保等助成金担当係（以下「労働局担当係」という。）に提出して下さい。
- (2) この一覧表は、次の提出期間の末日までに提出して下さい。この日を過ぎると支給申請等の手続きができなくなります。
特定労働者を最初に雇い入れた日から起算して6ヵ月を助成対象期間とし、当該助成対象期間の満了日の属する月の翌月の末日。（なお、不明の点は労働局担当係に確認して下さい。）

2 記入上の注意

- (1) ①欄には、定着率確認対象雇用保険被保険者（以下「確認対象者」という。）の氏名を記入して下さい。なお、記載の順番は雇入れ日の早い者順とし、同日に複数の者がある場合は、この助成金の対象労働者（特定労働者）を先に記入して下さい。
- (2) ②欄には、確認対象者それぞれの雇用保険被保険者番号を記入して下さい。
- (3) ③欄には、確認対象者それぞれの雇用保険被保険者資格取得日を記入して下さい。
- (4) ④欄には、離職した確認対象者があった場合、その雇用保険資格喪失日を記入して下さい。
- (5) ⑤欄には、確認対象者それぞれの具体的な職務内容や配置部署等を記入して下さい。
- (6) 21人目以降の確認対象者については、属紙に記入して下さい。

