様式第２号（第５条関係）

申請者　住所

事業所名

（名称及び代表者氏名）

飛驒市雇用支援資金利用書

　この度、岐阜県の制度融資、雇用支援資金利用の根拠は下記のとおりです。

記

|  |
| --- |
| ア　「雇用調整助成金」に係る実施計画を労働局又はハローワークに提出して受理されており、雇用の維持に努めている（実施計画の受理日から実施期間終期までに保証受付され、休業等実施事業所又は出向元事業所の所在地が市内であるものに限る）  （注）実施計画届の事業所控えの写しをこの書類に添付  イ　令和　　年４月１日以降、県外の学校の新卒者又は卒業後３年以内の既卒者を（　　　名）常用雇用（※）者として採用し、継続して雇用  ウ　令和　　年４月１日以降、障がい者を新たに常用雇用（※）し、継続して雇用しており、常用雇用する障がい者の数が法定雇用障害者数に１を加えた数以上（　　　名）である  エ　令和　　年４月１日以降、母子家庭の母を新たに（　　　名）常用雇用（※）し、継続して雇用  オ　令和　　年　月　日以降、事業者の都合により、雇用している者の解雇、整理を行うことなく、新たに常用雇用（※）者を採用し、継続して雇用。ただし退職者の発生に伴う補充的な採用は除く。（　　　　名雇用）  カ　全国健康保険協会（協会けんぽ）岐阜支部から「健康経営推進事業所認定書」の発行を受けたかた。  キ　県から「障害者雇用努力企業」の認定を受けた者  （※）期間の定めのない雇用であって、１週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用される通常の労働者の１週間の所定労働時間と同程度で雇用されるもの。 |

市内事業所の雇用に関し該当するものの記号に〇をし、ア及びカ以外はそれぞれ人数記入をお願いします。