

『助成金の扉』

下記項目にお答えください。貴社が受給される可能性のある助成金を診断の上、ご報告させていただきます。

業種 (_____) 設立 (S: _____ 年 _____ 月)

資本金 (_____ 万円)

従業員内訳

種別
フルタイム従業員 _____ 名
パートタイム従業員 _____ 名 (内:雇用保険被保険者 _____ 名)

雇用保険被保険者について

年齢
55歳～59歳 _____ 名
60歳～64歳 _____ 名
65歳以上 _____ 名

現在の就業規則

制定年月日 S: _____ 年 _____ 月 H: _____ 直近変更年月日 S: _____ 年 _____ 月 H: _____

定年年齢 _____ 歳 継続雇用制度 _____ 歳まで

育児・介護規定 整備している _____ 整備していない _____

育児休業

現在までの取得者 無し _____ 有り (_____ 名)

取得の可能性のある従業員 無し _____ 有り (_____ 名)

採用予定

無し

有り

<input type="checkbox"/> 年長フリーター等(25歳以上40歳未満)の採用	考えても良い	考えない
<input type="checkbox"/> 高齢者等、就職困難な人の採用	考えても良い	考えない
<input type="checkbox"/> ハローワーク(職業安定所)を利用	考えても良い	考えない

派遣労働者

受け入れていない

受け入れている

<input type="checkbox"/> 受け入れ期間 (_____ 年 _____ 箇月)		
<input type="checkbox"/> 派遣労働者の社員登用	考えても良い	考えない

ご質問等

【貴社名】 _____

【代表者名】 _____

【ご住所】 〒 _____

【ご担当者名】 _____ 【TEL】 _____

【FAX】 _____

中央労務管理事務所 〒657-0043
神戸市灘区大石東町4丁目4-16

FAX 078-862-1102

TEL: 078-881-0290