

企業の魅力アップ奨励金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

福 島 県 知 事

所 在 地
名 称
代表者職・氏 名

企業の魅力アップ奨励金の交付を受けたいので、福島県企業の魅力アップ奨励金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり申請します。

対 象 取 組		働き方改革支援コース（介護休業の取得促進） ア 5日以上1か月未満 イ 1か月以上 （どちらかに○をつけること）			
介護休業取得労働者の状況	フリガナ氏名				
	介護休業の対象となつた家族	氏名	フリガナ	続柄	
	介護休業取得期間①	計 日間	日間（ 年 月 日～ 年 月 日） 日間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	介護休暇取得日数②	計 日間	日間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	合計日数③（①＋②）	合計 日間			
	職場復帰日	年 月 日			
振込先	金融機関名・支店名				
	口座の種類・番号	当座・普通			
	口座名義（カタカナ記入）				
担当者	部署・役職名				
	氏名（フリガナ）				
	電話番号				
	メールアドレス				

添付書類

- 雇用保険適用事業所設置届（事業主控）の写し（登記簿上の本社所在地が県外の場合又は県外の本社で一括して手続きを行っている場合を除き、県内の支店・営業所等の事業所の設置届）
- 会社案内又は会社概要（ホームページの写し可）
- 対象となる労働者の介護休業期間の確認ができる書類の写し（介護休業決定通知、介護休業給付金支給決定通知書等）
- 対象となる労働者の職場復帰状況の確認ができる書類の写し（出勤簿等）
- 就業規則、育児・介護休業規程等の写し
- 奨励金振込先口座の通帳の写し（口座番号・口座名義が確認できるもの）
- その他知事が必要と認める書類