

雇用調整助成金等窓口確認資料（社会保険労務士用）

この資料は、スムーズに確認を行うとともに適正な審査等の参考にさせていただくためのものです。実態を確認し正確にお書きいただくようお願いします。

平成 年 月 日

会社名

社会保険労務士氏名

事業所番号

	設 問	回 答		確認内容（職員記載欄）
		社労士	会社	
1	この申請書は誰が作成しましたか。	社労士	会社	
2	不正受給は絶対行ってはならないということ、不正受給を行った場合、企業名が公表されることを事業主に伝えましたか。	はい	いいえ	
3	休業対象者が、たとえ自主的であっても、休業対象日に出社していませんか。	はい <small>(当社でいい)</small>	いいえ <small>(当社では)</small>	
4	休業対象者の休業日は、必ず事前に通知されていますか。また、変更になった場合は、事前に通知されていますか。	はい	いいえ	
5	当該事業所の教育訓練が行われていることを、実際に確認したことがありますか。	はい	いいえ	
6	教育訓練対象者の休暇、遅刻、早退、業務従事は正しく申告されていますか。	はい	いいえ	
7	講師が一時期でも不在であった教育訓練は、助成金対象から除外していますか。	はい	いいえ	
8	教育訓練の講師、訓練内容、訓練場所は計画通りに行われましたか。	はい	いいえ	
9	教育訓練の変更は、正しく変更届を提出していますか。	はい	いいえ	
10	従業員全員が雇用保険の被保険者の届出がされていますか。	はい	いいえ	
11	助成金対象者は健康保険・厚生年金の被保険者になっていますか。	はい	いいえ	
12	支給申請時に提出されている賃金台帳、タイムカード、業務報告等は通常使われているものの写しですか。	はい	いいえ	
13	採用後、1か月以内に休業・教育訓練の対象者となった方はいますか。	はい	いいえ	
14	雇用調整助成金等の受給開始時から、5人以上または20%以上被保険者が増加していますか。	はい	いいえ	
15	上記内容（1、2、5を除く）を、いつ、誰に確認しましたか。	平成 年 月 日 氏名 _____		
処理欄				