（様式１-５）

　年　　月　　日

補助対象従業員届出書

　神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　職・氏名

　事業承継直前における譲渡者（事業者名：　　　　　　　　　　）の常時使用する従業員　　人のうち補助対象となる常時使用する従業員は次のとおりであることを証明します。

〈補助対象となる常時使用する従業員〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象従業員の氏名 | 勤務先事業所所在地 | 基本給額 | 配置先・役職 | 雇入年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

添付書類：厚生年金保険の標準報酬月額決定通知書、被保険者縦覧照会回答票等常時使用する

　　　　　従業員を証明するもの