

様式第2号（第5条関係）

対象労働者の雇用状況

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-----------|---|---|--|---|--|---------|--------|---|
| 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| 就業先 | 所在地： 名称： 代表者： | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 所在地： 名称： 代表者： | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険被保険者番号 | | | | | - | | | | | | | - |
| 雇用期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (正規雇用労働者のときは、開始日のみ記載) | | | | | | | | | | | |
| 1週間の所定労働時間 | 時間/週 | | | 雇 用 の 状 況 | | | | <input type="checkbox"/> 正規雇用労働者 <input type="checkbox"/> 非正規雇用労働者 | | | | |
| 前職の離職理由について、以下の該当するいずれかひとつの項目にチェック☑すること | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 事業主に直接雇用されていたが、事業主の都合により解雇され、又は期間の定めのある雇用契約が中途解除若しくは雇止めされた | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 企業の事業主又は当該事業主に直接雇用されていたが、当該企業の倒産（破産、民事再生、会社更生等の各倒産手続の申立て又は手形取引の停止等）した | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 個人事業主又は法人の代表者若しくは役員だったが、事業を廃業した | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 採用内定の通知を受けたが、当該採用内定を取り消された | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | その他 ※具体的な理由を別紙の申立書に記載し、その状況を証する書類を添付すること | | | | | | | | | | | |
| 選択項目 | | | | | | | | | | いずれかを選択 | | |
| 1 | 離職等は、新型コロナウイルス感染症の影響によるものである。 | | | | | | | | | | はい・いいえ | |
| 2 | 現在の事業所で賃金の支払いを受けており、交付申請日時点で、現に雇用されている。 | | | | | | | | | | はい・いいえ | |
| 3 | 事業主又は取締役の3親等以内の親族（配偶者又は3親等以内の血族及び姻族）ではない。 | | | | | | | | | | はい・いいえ | |
| 4 | 雇用開始日時点で熊本市内に住所を有する市民である。 | | | | | | | | | | はい・いいえ | |
| 以上の記載内容について確認し、内容に相違ございません。 また、記載内容について熊本市が調査することに同意します。 | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 住所 氏名(署名) 印 | | | | | | | | | | | | |