（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 | 対象労働者の住所 | 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

　　　　　従業員数を証明するもの