（第９関係）

別紙３

健保等級証明書

事業期間：　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　年度 | 健保等級 |
| 従事者氏名 | 月 | 月 | 月 | 月 | 賞与の支給回数 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

　　　年　　月　　日

　長野市新技術等共同研究開発補助金に係るソフトウェアの開発に直接従事する従業者の健保等級について、上記のとおり証明します。

名称（会社名等）

所属部署名

証明者氏名（自署）

※事業の開始月、定時決定月（９月）、新規の登録従事者の従事開始月、健保等級に改定がある月は必ず記載してください。

※本様式は、健保等級適用者のみ使用します。