

様式第1号（第5関係）

長野市トライアル雇用者常用雇用促進奨励金事業認定申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

住 所

氏 名 ㊟

連絡先（電話）

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

年度において、長野市トライアル雇用者常用雇用促進奨励金事業を下記のとおり実施したいので、認定してください。

記

1

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	
常用雇用開始日	
厚生労働省で実施した トライアル雇用の種類	<input type="checkbox"/> トライアル雇用助成金 <input type="checkbox"/> 障害者トライアル雇用助成金 <input type="checkbox"/> 障害者短時間トライアル雇用助成金

2 関係書類

- (1) トライアル雇用事業を実施したことを証する書類の写し
- (2) 雇用契約書、任用通知書その他これらに類する書類の写し
- (3) 雇用保険被保険者証の写し又は雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類