

65歳超雇用推進助成金(65歳超継続雇用促進コース)支給申請書

*受付印

65歳超雇用推進助成金の支給を受けたいので、裏面留意事項を承諾のうえ関係書類を添付し申請します。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

*受付番号

1 申請事業主

①申請年月日	平成 31年 4月 1日	②主たる事務所の雇用 保険適用事業所番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 - 1	③雇用保険適 用事業所数	2箇所
④事業主の 名称	フカナ カワカバ 株式会社 若葉			⑤代表者 職名・氏名	代表取締役 高齢 太郎 代表印
⑥主たる事務 所の所在地	〒 261 - 0014 千葉県千葉市若葉区美浜 3-1-3			電話	043 - **** - ****
⑦常時雇用す る労働者数	120人	⑧主たる事業 の内容	食料品製造業	⑨産業分類 (中分類番号)	0 9 (1~4から選択) 4 1:小売業(飲食店を含む) 2:卸売業 3:サービス業 4:その他の業種
⑩助成金の 受給歴	<input checked="" type="checkbox"/>	過去に65歳超雇用推進助成金を受給していない			
	<input checked="" type="checkbox"/>	過去に定年引上げ等の措置に関して高齢者雇用安定助成金を受給していない			
⑪⑩以外の助 成金等の受 給(申請)歴	有・無 無	⑫⑪で有の場合、 助成金等の名称			

2 労働協約又は就業規則による定年の定め等

①改正を行った就業 規則等の種類 (名称)	・正社員就業規則 ・パートタイム就業規則	②その他の就業規則等の有無 (有の場合、種類(名称)を記載)	1:無 2:有(名称: 臨時従業員就業規則)
	(イ) 定年年齢	(ロ) 希望者全員を対象とした継続雇用年齢	(ハ) 基準に該当する者を対象とした継続雇用年齢
③過去最高の定年 年齢等(改正前)	実施年月日 昭和・平成 平成 26年 4月 1日	年齢 62歳	実施年月日 昭和 平成 平成 26年 4月 1日
			年齢 65歳
④現在の定年年齢 等(改正後)	実施年月日 昭和・平成 平成 31年 3月 15日	年齢 65歳	実施年月日 昭和 平成 平成 31年 3月 15日
			年齢 67歳

3 制度を規定した際の経費

①経費の内容	就業規則変更に係る委託費	②支払相手方	美浜社会保険労務士事務所
③支払完了日	平成 31年 3月 20日	④金額	60,000 円
		⑤支払方法	現金・銀行振込 銀行振込 その他()
⑥関係者との取引の有無	<input checked="" type="checkbox"/>	申請事業主と関係者との間の取引に要した経費でない	

4 支給申請額

(A) 実施内容

※該当する口欄にチェック(レ印)をつけてください(複数選択可)

労働協約又は 就業規則の改正に より実施した措置	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳への定年引上げ <input type="checkbox"/> 66歳以上への定年引上げ <input type="checkbox"/> 定年の定め廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者全員を66歳~69歳までの年齢まで雇用する継続雇用制度導入 <input type="checkbox"/> 希望者全員を70歳以上の年齢まで雇用する継続雇用制度導入
--------------------------------	--

(B) 助成金支給申請額

※継続様式第2号別紙2の2の支給申請額

25万円

5 振込先

①金融機関名	うみ〇〇銀行	②金融機関コード	0 0 0 0	③支店名	幕張支店	④支店コード	0 0 0
⑤預金科目	普通 2.当座・3.その他	フカナ	カワカバ				
⑥口座番号	1234567	⑦口座名義	株式会社 若葉				

事業所担当者、提出代行者等

事業所担当者	職名 総務課長 氏名 高齢 美子 電話番号 043 - **** - ****
提出代行者 事務代理人 代理人	(提出代行者・事務代理人・代理人) ※いずれかを選択 作成年月日 平成 年 月 日 住所 〒 - 職名 氏名 印 電話番号 - -

※処理欄	
支給決定日	平成 年 月 日
支給決定番号	- -
支給決定額	万円