

4 支給対象労働者の内訳

支給対象労働者	番号	フリガナ氏名（※1）	中退共加算	転換等された日における雇用形態	転換等された日における支給対象者雇用事業所（※2）の名称	転換等された日における支給対象者雇用事業所（※2）の住所（区市町村まで）
	1			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	2			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	3			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	4			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	5			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	6			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	7			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	8			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	9			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	10			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	11			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	12			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	13			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
	14			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村
15			<input type="checkbox"/> 派遣（常用型派遣） <input type="checkbox"/> 出向（在籍出向） <input type="checkbox"/> 上記のいずれでもない		東京都 区・市 町・村	

※1 転換等された日から対象労働者の姓が変更になっている場合には、変更履歴がわかる証明書を添付してください。

（例：雇用保険被保険者資格取得届、運転免許証など）

※2 支給対象者雇用事業所は、雇用保険適用事業所ではなく、支給対象者が勤務する事務所の名称、住所を記入してください。

派遣又は出向の場合は、派遣先又は出向先の事務所の名称、住所を（ ）書きで併記してください。

確認事項	上記支給対象労働者にかかる詳細については、別添キャリアアップ助成金申請様式のとおりである。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------	---	--