様式第１号（第８条関係）（令和3年4月26日改正）

　　　　　年　　月　　日

東京都知事　殿

事業主の所在地

事業主の名称

代表者役職・氏名

東京都正規雇用等転換安定化支援助成金

事業実施計画書兼交付申請書

　東京都正規雇用等転換安定化支援助成金（以下「助成金」という。）について、助成金交付要綱第8条に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　事業実施予定期間（支援期間）

　　年　　月　　日から　　　　　　　年　　月　　日まで

２　事業実施計画

　　対象労働者数　　　　　　□１人　　□２人　　□３人以上

　　退職金制度整備加算申請（※退職金制度整備の加算申請をする場合、下記どちらかにチェック☑）

□新たに退職金制度を整備　　　　　　□新たに中退共制度へ加入

３　助成金交付申請額　　　　　 金　　　　　　　　　　円

　（助成金交付申請額の内訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象労働者数 | 金額 | 交付申請額 |
| １人 | ２０万円 | 円 |
| ２人 | ４０万円 |
| ３人以上 | ６０万円 |
| 退職金制度整備加算 | １０万円 | 円 |

４　事業主の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①事業所の所在地  (ｷｬﾘｱｱｯﾌﾟ助成金支給決定を受けた雇用保険適用事業所) | 〒　　‐  東京都 | | | | |
| ②書類送付先  **（①と異なる場合に記入）** | 〒　　‐ | | | | |
| ③①での申請回数(今年度、既に申請した回数) | 回（計　　　人） | | ④常用労働者数 | 人 | |
| ⑤業　　　　　種  （※１） | ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ | 業種名 | ⑥事 業 内 容 |  | |
|  |  |
| ⑦連絡先 | 所属 |  | | 氏名 |  |
| 電話番号（所属）※必須 | |  | | |
| 電話番号（携帯）※任意 | |  | | |

※１　「申請の手引き」に記載の日本標準産業分類（大分類）に基づき、アルファベットと業種名を記入してください。