様式４

令和　年　月　日

○○労働局職業安定部 経由

事業所管轄公共職業安定所雇用保険部門 あて

障害者の多様なニーズに対応した委託訓練事業に係る就職支援経費の支給対象となる就職者のうち雇用保険の被保険者として雇用された者について、確認事務の過程で雇用保険の被保険者となる雇用実態があるか否か疑義が生じたので、関係書類を添えて照会します。

|  |  |
| --- | --- |
| 疑義が生じている確認対象者の情報 | |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 性別 |  |
| 就職年月日 |  |
| 事業所の情報 | |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 代表者名 |  |

○○（都道府県）○○能力開発校○○部門

担当者：○○

担当者連絡先：○○－○○○－○○○○

令和　年　月　日

○○（都道府県）○○能力開発校○○部門担当者 あて

　上記の者について確認を行ったところ、雇用保険の被保険者となる雇用実態は以下のとおりです。

有　・　無

○○公共職業安定所雇用保険部門

担当者：○○

担当者連絡先：○○－○○○－○○○○

様式５

令和　年　月　日

○○労働局職業安定部 経由

事業所管轄公共職業安定所雇用保険部門 あて

障害者の多様なニーズに対応した委託訓練事業に係る就職支援経費の支給対象となる就職者のうち雇用保険の被保険者として雇用された者（別紙様式３により照会を行った者は除く）について、委託先機関又はその関連事業主が自ら雇用し就職支援経費を受給するケースに係る対象就職者に関し、雇用保険の被保険者となる雇用実態があるか否か関係書類を添えて照会します。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認対象者の情報 | |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 性別 |  |
| 就職年月日 |  |
| 事業所の情報 | |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 代表者名 |  |

○○（都道府県）○○能力開発校○○部門

担当者連絡先：○○－○○○－○○○○

令和　年　月　日

○○（都道府県）○○能力開発校○○部門担当者 あて

　上記の者について確認を行ったところ、雇用保険の被保険者となる雇用実態は以下のとおりです。

有　・　無

○○公共職業安定所雇用保険部門

担当者：○○

担当者連絡先：○○－○○○－○○○○

様式６

令和　年　月　日

○○労働局職業安定部 経由

事業所管轄公共職業安定所雇用保険部門 あて

障害者の多様なニーズに対応した委託訓練事業に係る就職支援経費の支給対象となる就職者のうち雇用保険の被保険者として雇用された者（別紙様式３により照会を行った者は除く）について、委託先機関又はその関連事業主以外の事業主が雇用し就職支援経費を受給するケースに係る対象就職者に関し、雇用保険の被保険者となる雇用実態があるか否か関係書類を添えて照会します。

確認対象者リスト（計○名）

|  |  |
| --- | --- |
| 確認対象者の情報 | |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 性別 |  |
| 就職年月日 |  |
| 事業所の情報 | |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 代表者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認対象者の情報 | |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 性別 |  |
| 就職年月日 |  |
| 事業所の情報 | |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 代表者名 |  |

○○（都道府県）○○能力開発校○○部門

担当者：○○

担当者連絡先：○○－○○○－○○○○

令和　年　月　日

○○（都道府県）○○能力開発校○○部門担当者 あて

　上記の者について確認を行ったところ、雇用保険の被保険者となる雇用実態は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認対象者氏名 | 被保険者となる雇用実態 |
|  | 有　・　無 |
|  | 有　・　無 |

○○公共職業安定所雇用保険部門

担当者：○○

担当者連絡先：○○－○○○－○○○○