（様式第１０）

**【一般型】**

＜10桁管理番号＞

平成　　年　　月　　　日

全国商工会連合会　会長　殿

住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の役職・氏名　　　 　　　印

※該当する場合のみ、補助事業者ごとに作成

「雇用を増加させる取組」報告書

**１．「新たな雇用」について**

　＊公募開始日（平成28年11月4日）以降、作成した経営計画・補助事業計画の実

行を目的として新たに雇用した従業員について、以下のとおり報告します。

注１：添付の「労働者名簿の写し」記載の者であり、かつ、「『被保険者縦覧照会回答票』

または『事業所別被保険者記録一覧表』の写し」（以下「被保険者縦覧照会回答票等」

という。）の「被保険者氏名」の左側に、朱書きで◎を記載している者

注２：該当者が複数名いる場合には、以下の表を追加（コピー）し、該当者ごとに記載

|  |  |
| --- | --- |
| （１）該当する従業員（被保険者）の氏名：（２）（１）の従業員の雇用年月日（＊労働者名簿記載の「雇用年月日」）　　　　　注．公募開始日よりも前の場合は、補助上限額引き上げの対象外　　　　　　　　　：平成　　年　　月　　日（３）（１）の従業員の厚生年金保険・健康保険の被保険者資格取得日（＊被保険者縦覧照会回答票等から転記）　　　　　　　　　：平成　　年　　月　　日　⇒（３）の日付が（２）の日付と異なる場合、その理由を記入

|  |
| --- |
| 　 |

（４）補助事業完了日（＊補助事業実績報告書（様式第８）記載の「事業期間終了日」）　：平成　　年　　月　　日（５）少なくとも（４）の補助事業完了日現在、（１）の従業員の雇用が、（２）の雇用年月日以降、継続しているか　　　　　　　注．継続していない場合は、補助上限額引き上げの対象外：　□継続している　□継続していない |

**２．「従業員数の純増」について**

　＊補助事業完了日時点で、公募開始日の前日（平成28年11月3日）よりも、当社

全体の従業員（＝狭義の社会保険（厚生年金保険・健康保険）の被加入者である

従業員）の総数が純増していることについて、以下のとおり報告します。

注１：添付の「『被保険者縦覧照会回答票』または『事業所別被保険者記録一覧表』の写し」

（以下「被保険者縦覧照会回答票等」という。）の「被保険者氏名」の左側に、朱書

きで◎、○、×のいずれかを記載している者が対象

　　（１）公募開始日の前日（平成28年11月3日）時点の全従業員数

　　　　　（＊被保険者縦覧照会回答票等に朱書きした○および×記載の人数）

　　　　　　　　　：　　　　　　名

　　（２）補助事業完了日（＊補助事業実績報告書（様式第８）記載の「事業期

間終了日」）　：平成　　年　　月　　日

　　（３）（２）の補助事業完了日時点の全従業員数

　　　　　（＊被保険者縦覧照会回答票等に朱書きした◎および○の人数）

　　　　　　　　：　　　　　　　名

　　（４）「公募開始日の前日」時点の従業員数と「補助事業完了日」時点の従業員

数との比較（純増の状況）

注．1名以上の純増をしていない場合は、補助上限額引き上げの対象外

　　　　　　　　：　　　　　　　名純増（＝「（３）の人数」－「（１）の人数」）

　　⇒（４）の純増人数が「０名」またはマイナスとなった場合、その理由を記入

|  |
| --- |
| 　 |

**【本報告書提出時の添付書類（必須）】**

　本報告書に、以下の２点の書類を添付してください。

（１）所管する年金事務所から取得した「『被保険者縦覧照会回答票』または『事

業所別被保険者記録一覧表』等（名称等は年金事務所により異なります）の写

し」

＊以下の内容をすべて満たしていることが必要。

　　　　①補助事業完了日以後に発行を受けたもの

　　　　②公募開始日の前日（平成28年11月3日）もしくはそれ以前からの期間のもの

　　　　③最低限、「雇用者氏名」「資格取得日」「資格喪失日」の項目があるもの

　　　　④期間内の被保険者全員（途中で退職等により資格喪失した者を含む）の記載があるもの

（２）上記１．に該当する「新たに雇用した者」にかかる「労働者名簿」（労働基

準法第107条により、全労働者についての作成・保存が事業主に義務付けられ

ている書類）の写し