

実績報告書

雇用保険適用事業所でない場合は、労働保険番号を記入してください。

1 共通事項

雇用保険適用事業所 番号又は労働保険番号	XXXX-XXXXXX-X
氏名又は団体名	株式会社〇〇
代表者氏名	代表取締役 〇〇 〇〇
住所又は所在地	〒XXX-XXXX 豊橋市〇〇町字〇〇番地
事業の種類	産業分類（中分類） 電気機械器具製造業
雇用維持助成金の 既 交 付 額	0 円

雇用調整助成金（休業等）支給申請書に記載した事業の種類を転記してください。

初めて豊橋市雇用維持助成金の申請をする場合は0円になります。

2 雇用調整助成金の支給を受けている場合

雇用調整助成金の支給金額	休業分	900,000円
	教育訓練分	円 (うち教育訓練に係る加算額 円)
雇用調整助成金の休業等延日数	休業分	50日
	教育訓練分	日

3 緊急雇用安定助成金の支給を受けている場合

緊急雇用安定助成金の支給金額	円
緊急雇用安定助成金の休業延日数	日

以下は、記入しないでください。

○ 市確認欄

助成金の額及びその算出基礎				
助成対象経費	助成率	限度額	既交付額	助成金交付申請額 (1,000円未満切り捨て)
円	10/10	100万円	円	円