

休業延べ日数 内訳表

申請者（団体）名

雇用保険被保険者・雇用保険
被保険者以外の別

判定基礎期間	休業延べ日数 内訳		休業を実施した日
9月 ■ 日	9月 ■ 日		
～	～		
10月 ■ 日	9月 30 日		対象外
	10月 1 日		
	～		
	10月 ■ 日		
休業延べ日数 合計			

判定基礎期間	休業延べ日数 内訳		休業を実施した日
12月 ■ 日	12月 ■ 日		
～	～		
1月 ■ 日	12月 31 日		
	1月 1 日		
	～		
	1月 ■ 日		対象外
休業延べ日数 合計			

※本様式は、判定基礎期間に9月又は1月が含まれる場合に作成ください。

※本様式は、雇用保険被保険者と雇用保険被保険者以外でそれぞれ分けて作成ください。

※本様式の「休業延べ日数 合計」欄は、原則、雇用調整助成金等の小規模事業主用様式の「休業実績一覧表」や、町の様式第3号の「休業実績一覧表」の右上の「休業延べ日数」と一致することとなります。

雇用調整助成金の「休業・教育訓練実績一覧表」では、原則、⑧の合計欄と⑫の和と一致することとなります。

(本様式の「休業延べ日数」欄は、右欄の「休業を実施した日」に記入した日の合計日数を記入するものではありません。)

事業主及び労働者代表は、この内訳表に記入した休業を実施した日が、相違ないことを確認しました。

事業主 氏名	■■■■■	印 (記名押印又は署名)
労働者代表 氏名	■■■■■	印 (記名押印又は署名)