様式第２号（第６条関係）

長浜市福祉・介護人材確保対策事業補助金交付申請に係る雇用証明書

年　　月　　日

長浜市長　　あて

所 在 地

事業所名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者を、週２０時間以上雇用していることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 長浜市 |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業所名 | 法人名  事業所名 |
| 職　　　種 |  |
| 採用年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 在職期間 | 年　　　　月　　　　日　　　～　　現　在 |
| 住居手当 | 有（１月当たり　　　　　　円）・　無 |