（様式第１号）

　令和　　年　　月　　日

　福井県知事　様

郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

申請者名

代表者 職氏名

スポットワーカー活用支援事業補助金申込書

　スポットワーカー活用支援事業補助金の交付対象となる事業を実施したいので、スポットワーカー活用支援事業補助金交付要領第５条第１項の規定により申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　主な業種  （例）介護業、サービス業 |  |
| ２　事業の予定実施期間※１ | 令和　年　　月　　日　～　令和　年　　月　　日  ［最大期間：申込日以降～令和７年3月16日まで］ |
| ３　雇用予定期間 | 令和　年　　月　　日　～　令和　年　　月　　日  ［最大期間：申込日以降～令和７年2月28日まで］ |
| ４　事業所名 ※２ |  |
| ５　事業所の所在地 ※２ |  |
| ６　交付申請予定額 ※３ | ○○○,○○○円 |

※１：事業実施期間については、スポットワーク雇用仲介事業者等への支払日を含む。

※２：事業所が複数ある場合は、列記ください。なお、福井県内に所在する事業所に限ります。

※３：１事業者（所）あたり１万円以上１０万円以内となります。補助金交付予定額について算定された額に千円未満の端数が生じた場合にはこれを切り捨ててください。

【担当者氏名および連絡先】

担当者氏名：

TEL:

E-Mail：

（例）人材紹介手数料（サービス利用料）（税抜）：287,000円×1/3＝95,666.7 →95,000円

【連絡先】担当者氏名：○○　○○

TEL:

E-Mail：