

雇用保険適用事業所情報提供請求書

事業所名		事業所番号	— —
事業所所在地			
依頼する情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適用事業所台帳ヘッダー2</li> </ul> ※ 適用事業所の過去からの月別の被保険者数の推移、各月末現在の被保険者数等を確認していただけます。		
上記のとおり、適用事業所情報の提供（写しの交付）を請求します。  令和 年 月 日  <div style="text-align: right;">岡山 公共職業安定所長 殿 （岡山労働局経由）</div>			
請求者	（事業主） 所在地：  名 称：  代表者氏名：  電話番号：  <div style="text-align: right;">⑩</div>		

本様式は、岡山県が実施する岡山県事業継続特別支援金制度の専用様式です。他の目的に使用することは出来ません。

岡山県事業継続特別支援金制度以外で「雇用保険適用事業所情報提供」が必要な場合は、管轄ハローワークの様式により管轄ハローワークで手続きを行ってください。

（安定所処理欄）

確認者	操作者