

商号又は名称

代表者氏名

建設業の許可 大臣・知事 () 第 号

連絡先 担当者氏名

TEL

FAX

電子メール

地域貢献活動評価要件確認票

< 雇用拡大に関する評価 >

1 増加人数

別添の健康保険・厚生年金被保険者標準月額決定通知書又は雇用保険被保険者資格取得等確認通知書等に丸印を付けた者は、審査基準日における正規雇用従業員であり、その数は、以下のとおり1年前より増加しています。

区分		正規雇用従業員数	備考
審査基準日 (令和 年 月 日)	A	人	確認できる書類の添付(有・無) ※直近の健康保険・厚生年金保険被 保険者標準報酬決定通知書等
審査基準日の1年前 (令和 年 月 日)	B	人	確認できる書類の添付(有・無) ※直近の1年前の健康保険・厚生年金 保険被保険者標準報酬決定通知書等
増加人数	$C=A-B$	人	

※A・B欄に記載した人数が確認できる書類として、健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の正規雇用従業員に印をつけたものを添付してください。当該通知書に記載のない者については、健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書の写しなどを添付してください。

2 新たに雇用した人の氏名

次の者については、審査基準日以前1年の間に、正規雇用従業員として新たに雇用しています。

氏名	雇用年月日	備考
	令和 年 月 日	確認書類の添付(有・無)

※確認書類として、採用決定通知書の写しと雇用契約書の写しを添付してください。

3 働き方改革実行企業(よかばい・かえるばい企業)としての宣言

審査基準日において「働き方改革実行企業(よかばい・かえるばい企業)としての宣言を福岡県働き方改革推進事業ポータルサイト上で公開しています。

<宣言の取組期間> 年 月 日～ 年 月 日まで	確認できる書類の添付(有・無) ※ポータルサイト→参加企業一 覧から自社の公開画面の写し
-----------------------------	--