雇用保険の受給状況に係る証明願

公共職業安定所長　様

別添の内容について、証明をお願いします。

令和　　年　　月　　日

住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　印

雇用保険の受給状況に係る証明

申請者氏名

証明先

証明目的　　農林水産省の新規就農者育成支援総合対策事業（経営開始資金）の受給と、雇用保険との重複受給の有無の確認のため（会計検査院実地検査における確認資料として）

証明事項 （平成２３年４月１日以降について）

|  |  |
| --- | --- |
| ①氏　名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| ②生年月日 | 昭和・　平成　（　　　年　　　月　　　日　） |
| ③被保険者番号 | 無　・　有　（　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| ④事業所名 |  |
| ⑤離職年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ⑥事業所名 |  |
| ⑦離職年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ⑧事業所名 |  |
| ⑨離職年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ⑩※雇用保険受給歴 | 無　・　有　（　支給番号　　　　－　　　　－　　　） |
| ⑪※基本手当日額 | 日額　　　　　　　　　　円 |
| ⑫※支給対象期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　日分） |
| 備　考 |  |

※については、公共職業安定所にて記入

上記③、⑩、⑪、⑫の事項について相違ないことを証明します。

　令和　　　年　　　月　　　日

公共職業安定所長　　　　　　　印

雇用保険の受給状況に係る証明

対象者向け記入例

準備型、経営開始型のそれぞれ記入

準備型から経営開始型へ移行した者は、それぞれで1部ずつ用意

申請者氏名　　給付　太郎

証明先　（準備型の場合　　静岡県経済産業部農業振興課長）

　　　　（経営開始型の場合　○○市○○部○○課長）

証明目的　　農林水産省の農林水産省の新規就農者育成支援総合対策事業（経営開始資金）の受給と、雇用保険との重複受給の有無の確認のため（会計検査院実地検査における確認資料として）

ﾌﾘｶﾞﾅは必ず記入してください（ハローワークでの照会時に必要です）

証明事項 （平成２３年４月１日以降について）

研修開始直前の勤務先を記入してください

申請者本人が記入して下さい

|  |  |
| --- | --- |
| ①氏　名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 給付　太郎　　（キュウフ　タロウ　　　　　　　） |
| ②生年月日 | 昭和・　平成　（　○年　　○月　　○日　） |
| ③被保険者番号 | 無　・　有　（　○　　－○　　　－○　　　　　） |
| ④事業所名 | 株式会社○○○○○○○  研修開始直前の勤務先を記入してください |
| ⑤離職年月日 | 平成○年○月○日 |
| ⑥事業所名 | 株式会社○○○○○○○  平成23年4月1日以降に複数回離職している場合にはそれぞれを記入してください |
| ⑦離職年月日 | 平成○年○月○日 |
| ⑧事業所名 |  |
| ⑨離職年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| ⑩※雇用保険受給歴 | 無　・　有　（　支給番号　　　　－　　　　－　　　） |
| ⑪※基本手当日額 | 日額　　　　　　　　　　円 |
| ⑫※支給対象期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日（　　日分） |
| 備　考 | 照会先の公共職業安定所名を記入してもらってください |

※については、公共職業安定所にて記入

上記③、⑩、⑪、⑫の事項について相違ないことを証明します。

　令和　　　年　　　月　　　日

公共職業安定所長　　　　印