雇用証明書（令和８年度 第１回 一般給付用）

雇用者（事業主）

事業所名		
代表者名		
住所【※１】 （主たる事務所の所在地）		
社会保険適用の確認	□	社会保険適用事業所に該当する
事業所整理番号		
事業所番号		
担当者名		
連絡先		

被雇用者（若者就労者支援直接支払給付金の申請者）

氏名		
住所		
生年月日		
被雇用者の勤務先の 住所（出向を含む）	【※1】主たる事務所の所在地と被雇用者の勤務先が同じ住所の場合は空欄で可	
雇用形態	□	無期雇用労働者として就労している
	□	社会保険（健康保険、厚生年金保険、 雇用保険、労災保険）に加入している
無期雇用労働者 としての雇用開始日		
被雇用者の 社会保険加入日	健康保険、厚生年金保険の加入日を記入してください	

上記の内容に相違なく、現に当所の従業員として在籍していることを証明します。

年　　月　　日

住　　所

事業所名

代表者名　　印

太枠欄を含むすべての項目について、雇用者側が記入・確認してください。
印字内容に誤りがある場合は、二重線を引いて右上の押印欄で使用する同じ印鑑で訂正し、正しい内容を空白部分に記入してください。