

年 月 日

福井市長宛て

(※)法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

所在地

事業者名

代表者名

電話番号

担当者

雇用実態証明書

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

勤務者名	
勤務者住所	
就業年月日	
雇用形態	週30時間以上の無期雇用
業務の内容	
所定労働時間	時 分～ 時 分（週所定労働時間 時間）
休日及び休暇	曜日 その他（ ）
本人に関する備え付け諸帳簿等	労働者名簿・賃金台帳・出勤簿・雇用契約書・その他（ ）

勤務先 ※事業者所在地と異なる勤務地の場合のみ記載してください。

事業所名		電話番号	
所在地			

テレワークの場合のみ記載してください

勤務場所	<input type="checkbox"/> 勤務者の自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
所属事業所への出勤の有無	<input type="checkbox"/> 有（出勤指定日または1週間当たりの回数 回） ・ <input type="checkbox"/> 無

福井市UIターン移住就職等支援金（全国型）に関する事務のため、勤務者の勤務状況などの情報を、福井県及び福井市の求めに応じて、同福井県及び福井市に提供することについて、勤務者の同意を得ています。