

沖縄県雇用継続助成金 請求額算定書

色つきのセルをご記入ください。

事業所名				
事業所所在地				
雇用保険事業者番号		-		-

(1) 「判定基礎期間(休業等の初日～末日)」を記載

令和 年 月 日～ 令和 年 月 日

(2) (1)の期間の、国の「雇用調整助成金」と「緊急雇用安定助成金」の支給決定額の合計またはいずれかの支給決定金額(ただし、教育訓練・出向分の金額を除く)

雇用調整助成金	緊急雇用安定助成金	合計
<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

国の「支給決定通知書」の支給決定額を転記

※支給決定額に出向・教育訓練が含まれている場合は、除いた金額を記入する。

(3) 国から支給決定を受けた助成率(該当するものをチェック)

※国の助成率が10/10の場合は県の助成金は対象外となります

2/3
 3/4
 4/5
 9/10

(4) 県の「沖縄県雇用継続助成金」の助成率

- (3) で2/3を選択している場合：1/6
 (3) で3/4を選択している場合：1/6
 (3) で4/5を選択している場合：1/12
 (3) で9/10を選択している場合：1/18

(5) 請求基礎額 ※円未満切り捨て

(2)の合計金額 × (4)の助成率	<input type="text"/>	円
--------------------	----------------------	---

(6) 県支給額 ※(5)の請求基礎額と、100万円のいずれか少ない方の額

令和3年7月休業分以降、支給上限額は「1事業所あたり、1ヶ月100万円」となります。

 円

(7) 休業対象者数

国に提出した「休業実績一覧表」に記載した休業対象者の人数を記入

 人

事務担当者連絡先

連絡先	所属・職名	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>
			氏名	<input type="text"/>
	電話	<input type="text"/>		
	メールアドレス	<input type="text"/>		
代理人氏名	所属・職名	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>
			氏名	<input type="text"/>
	電話	<input type="text"/>		
	メールアドレス	<input type="text"/>		