

様式第2号（第5条関係）

雇用年月日等証明書

氏名	
住所	甘楽町大字
生年月日	年 月 日
卒業した学校名	
卒業年月日	年 月 日
雇用開始年月日	年 月 日
雇用保険被保険者番号及び被保険者の種類	番号 種類
勤務場所	所在地 事務所名
該当要件	6か月以上継続して町内に住所を有していること。 6か月以上継続して申請事業主に雇用されていること。 申請事業主と3親等以内の親族関係にないこと。

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

申請事業主 所在地  
事業所名  
代表者名

印