

様式第2号（第8条関係）

在職証明書兼雇用主支給額証明書

1. 対象者について

被雇用者	氏名		雇用期間	年月日～年月日
	住所			
勤務地	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
雇用形態 該当に□を記入	<input type="checkbox"/> 正規雇用（労働契約を締結している） <input type="checkbox"/> 家族経営協定を締結している <input type="checkbox"/> その他（ ）			
雇用保険 該当に□を記入	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない	被用者年金 該当に□を記入	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない	
健康保険 該当に□を記入	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない	雇用主による奨学金返還に対する支援金等 該当に□を記入	<input type="checkbox"/> 支給している <input type="checkbox"/> 支給していない	

2. 対象者への支援について（上記「雇用主による奨学金返還に対する支援金等」で「支給している」に□した雇用主のみ記入）

(1) 支援形態

該当に□を記入	<input type="checkbox"/> 給与等による直接支払
貸付元（日本学生支援機構）への代理返還	<input type="checkbox"/> 線上返還 <input type="checkbox"/> 先掛返還

(2) 支援状況【申請対象期間： 年月～年月】

支払月	支援金額（円）	支払月	支援金額（円）	支払月	支援金額（円）
1月		5月		9月	
2月		6月		10月	
3月		7月		11月	
4月		8月		12月	
				合計	

雇用主	所在地		該当に□を記入
	事業所名		<input type="checkbox"/> 鹿沼市内に本社又は本店を有する
	資本金		<input type="checkbox"/> 中小企業基本法第2条第1項に規定する中小企業
	従業員数		<input type="checkbox"/> 社会福祉法に規定する社会福祉法人
	電話番号		<input type="checkbox"/> 医療法に規定する医療法人 <input type="checkbox"/> 私立学校法に規定する学校法人 <input type="checkbox"/> その他市長が認める事業者 <input type="checkbox"/> 家族経営協定を締結している

年月日

上記のとおり相違ないことを証明します。 代表者名

印