（別紙）

事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　勤務先名　同左・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先所在地　岸和田市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　支援内容

| 支援方法（どちらかに〇） | １人当たりの１回の支給額（上限） |
|---|---|
| 代理返還　・　手当等 | ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円/月 |

２　支援対象従業員名簿（記入できない場合は同書式にて別紙を添付してください。）

| 番号 | 氏名 | 住所 | 今年の 3/31 時点の年齢（35 歳未満） | 正規雇用年月日 | 代理返還期間または手当等支給期間 | A 代理返還金または手当等の年間合計額 | A の１人当たりの年間合計額×1/2（1 人につき上限９万円） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| １ | | 岸和田市 | （　　歳） | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　～　月 | 円 | 円 |
| ２ | | 岸和田市 | （　　歳） | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　～　月 | 円 | 円 |
| ３ | | 岸和田市 | （　　歳） | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　～　月 | 円 | 円 |
| ４ | | 岸和田市 | （　　歳） | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　～　月 | 円 | 円 |
| ５ | | 岸和田市 | （　　歳） | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　～　月 | 円 | 円 |
| 合　　計　（B≦45 万円） | | | | | | | B（千円未満切り捨て）　円 |