添付資料２

対象従業員一覧表

（町内の事業所で働く従業員で、雇用保険の被保険者が対象です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 生年月日 | 雇用保険の有無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  | 有　・　無 |
| 合計対象従業員数 | 人　　　　 |

※欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。

※原則として、申請日時点の状況を記載してください。