別紙１－１

申請者概要

１　（代表）事業者（団体）の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | |
| 代表者 | （役職）　　　　　　　　（氏名） | | |
| 本店所在地 |  | | |
| 業種 | 日本産業分類の大分類から主たる業種を選択 | | |
| 常時使用する従業員数（組合員数）　　人 | | 小規模企業者に該当する場合はチェック |  |
| 資本金又は出資金　　　　　　　　　千円 | | 創業（設立）　　　　　年　　　月　　　日 | |
| きょうと福祉人材育成認証制度による認証（宣言は除く）を受けている場合はチェック  ※交付申請時点 | | |  |
| 「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス推進企業認証制度による認証（宣言は除く）を受けている場合はチェック　※交付申請時点 | | |  |

２　取組を実施する事業所

　　複数の事業所を有する場合で、特定の事業所を対象に取組を実施するときは、当該事業所の名称及び所在地を記載ください。（全ての事業所において取組を実施する場合は、記載不要です）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 事業所名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| ② | 事業所名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| ③ | 事業所名称 |  |
| 所　在　地 |  |

※京都府外の事業所に勤務する従業員を対象に実施する場合は補助対象外となります。

３　多様な働き方推進事業費補助金（旧労働生産性向上推進事業補助金を含む）に係る活用実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 補助事業及び補助対象経費の内容 | 今回申請事業との相違点 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※過去の補助事業と同様の取組は補助対象外となりますので御注意ください。

４　申請者連絡先

|  |
| --- |
| 職・氏名　　　　　　　　　　　　　　電　話　（　　　）　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話（　　　）　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-mail |

※連絡先は、申請者本人のものを記入してください。多様な働き方の推進を図るため、相談、アドバイスは申請者本人に対して行います。

※複数事業者が共同で事業実施する場合は、共同事業者の概要（別紙１－２）を提出してください。