

短期間・短時間雇用応援助成事業
スポットワーク活用助成金支給申請チェックリスト

事業主記載事項		申請 担当者 確認欄	審査・ 確認欄
			月 日 確認 確認者
1 法人名(個人事業主名):	法人番号:		
2 事業所名称(屋号等):			
3 令和8年 月 日、スポットワーク活用助成金利用表明書(様式第1号(ス))を協会に提出しており、誓約書(様式第2号(共通))をはじめとする添付書類の内容等について変更はない。 ※「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでください。確認に当たっては、当助成事業の内容を了解した上でご回答下さい。 (はい ・ いいえ) ※「いいえ」がある場合、該当する書類 _____ 変更内容等 _____		申請者 チェック ☺	審査担当 チェック ☺
○ 以下の4から10までのうち、該当する箇所には <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 また、添付書類及び記載内容に間違いがなければ、右欄にも <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			
4 スポットワーク活用助成金助成対象経費明細書(様式第3号(ス)別紙1)を作成・添付している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 スポットワーク仲介サービス事業者に支払った手数料等の内訳が分かる書類 (<input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 請求内訳書 <input type="checkbox"/> その他()) があり、その写しを添付している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 スポットワーク仲介サービス事業者の利用内容がわかる書類 (<input type="checkbox"/> 利用明細書 <input type="checkbox"/> その他()) があり、その写しを添付している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 スポットワーク仲介サービス事業者への支払い完了を証する書類 (<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 振込明細書 <input type="checkbox"/> その他()) があり、その写しを添付している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 労働者災害補償保険に加入し保険料の滞納がないことがわかる書類 (<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険加入証明書 <input type="checkbox"/> 保険料納付書の控 <input type="checkbox"/> その他()) があり、その写しを添付している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 助成金の振込先口座がわかる書類 (<input type="checkbox"/> 通帳の表・内表紙 <input type="checkbox"/> その他()) があり、その写しを添付している。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 支給申請書等に事実と異なる記載又は証明等を行っていない。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 審査に必要な事項についての確認や適正支給のための調査を行う際に協力すること、確認や調査に応じなければ事実を確認することが出来ないため不支給又は支給決定取消となること、法令に義務づけられている書類の適切な保管や協会が求める書類の提出又は提示が指定期日までに行われなない場合は不支給又は支給決定取消となること、当該助成金について不正受給を行った場合は支給決定を取消し、支給を受けた助成金の返還を求めた場合に返還することに承諾する。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



裏面にも記載事項があります。

令和 年 月 日

公益財団法人 熊本県雇用環境整備協会
理事長 坂口 洋 一 朗 様

1から11までの記載事項については、いずれも事実と相違ありません。また、1から11までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を協会が行う場合には協力します。

事業主 住所 _____ 電話番号 _____
名称 _____
氏名 _____
_____ (印)

担当者名 _____ 担当者連絡先 _____

代理人又は 住所 _____ 電話番号 _____
社会保険労務士 名称 _____ 登録番号 _____
(提出代行者・事務代理者の表示) 氏名 _____
_____ (印)

※社会保険労務士が事業主の申請を代わって行う場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に社会保険労務士法施行規則第16条第2項又は同規則第16条の3の規定により氏名等及び登録番号を記載してください。
また、代理人が事業主の申請を代わって行う場合、上欄に助成金の支給に係る事業主の氏名等を、下欄に代理人の氏名等を記載してください。

【代理人又は社会保険労務士(以下「代理人等」という)記載欄※事業主等が直接申請する場合は記載不要です】

本助成金に関し、審査に必要な事項についての確認を熊本県雇用環境整備協会が行う場合には協力します。

また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が故意に不正受給に関与していた場合(偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。)は、①申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合、直ちに請求金(不正受給により返還を求められた額。)を弁済すべき義務を負うこと、②代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、氏名及び不正の内容が公表されることについて承諾します。

代理人又は 住所 _____ 電話番号 _____
社会保険労務士 名称 _____ 登録番号 _____
(提出代行者・事務代理者の表示) 氏名 _____

※代理人等が事業主の申請を代わって行う場合、代理人等の氏名等を記載してください。
社会保険労務士による申請の場合は登録番号を記載してください。