

様式第 2 号（第 5 条関係）

豊能町地域公共交通運転士生活支援補助金要件確認書兼在職証明書

1. 申請者

|      |                    |      |       |
|------|--------------------|------|-------|
| ふりがな |                    | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名  |                    | 電話番号 |       |
| 住所   | 〒563-<br>大阪府豊能郡豊能町 |      |       |

2. 雇用情報

|      |                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------|
| 就職日  | 年 月 日                                                             |
| 雇用形態 | <input type="checkbox"/> 無期雇用 <input type="checkbox"/> 有期雇用（期間： ） |
| 勤務時間 | 週 時間                                                              |
| 雇用保険 | <input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない  |

上記の者は、当社にて運転士として在職していることを証明します。

年 月 日

事業所住所  
事業所名  
代表者  
担当者  
担当者連絡先