|  |
| --- |
| **「雇用調整助成金」受給相談 申込書** |

中小企業福祉事業団　御中

**※顧問契約をしている社会保険労務士がいる場合、助成金申請の概要につきましては、まず貴社の人事･労務に精通している顧問社労士への相談をお願いいたします。**

申込書送付先：uketsuke@daido-life.co.jp

大同生命保険株式会社　御中

**私は公的助成金受給に向けての相談（初回無料）の申込みにあたり、私の個人情報について、**

**中小企業福祉事業団および大同生命保険株式会社が次のとおり取り扱うことに同意します。**

|  |
| --- |
| 【中小企業福祉事業団の個人情報の取り扱い】  中小企業福祉事業団（以下、「当事業団」といいます）は、利用者が当事業団に届け出た情報、利用者の本サービス利用に関する情報  （以下、「利用者情報」といいます）を適切に管理し、必要な保護措置を講じたうえで次のとおり取り扱うこととします。  １．当社はお客さまの利用者情報を、次の目的で取得します。  ①本サービスの維持運営のため。  ２．次の場合、当事業団はお客さまの利用者情報を第三者に提供することがあります。  ①利用者の同意があった場合。　　②法令または行政、司法、その他の日本国内外政府機関の命令、指導または要請により必要となった場合。  ③本サービス提供に係る業務を当事業団が第三者に委託する場合。  【大同生命保険株式会社の個人情報の取り扱い】  大同生命（以下、「当社」といいます）は、利用者が当社に届け出た情報、利用者の本サービス利用に関する情報（以下、「利用者情報」といいます）を  適切に管理し、必要な保護措置を講じたうえで次のとおり取り扱うこととします。  １．当社はお客さまの利用者情報を、次の目的で取得します。  ①本サービスの維持運営のため。　　②ダイレクトメール等により、関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスを当社からご案内・提供するため。　 　③当社商品・サービスの開発・充実を目的としてマーケティング活動を行うため。  ２．次の場合、当社はお客さまの利用者情報を第三者に提供することがあります。  ①利用者の同意があった場合。 ②法令または行政、司法、その他の日本国内外政府機関の命令、指導または要請により必要となった場合。  ③本サービス提供に係る業務を当社が第三者に委託する場合。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **お申込情報** | | | | | | | |
| お申込日 | ２０２０年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 貴社名 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | |  | | | 役　　　　職 | |
| ご担当者 | （姓） | | （名） | | |  | |
| 所在地 | 〒**－** | | | | 業種 |  | |
| 従業員数  **（※回答必須）** | 人 | ﾊﾟｰﾄ・  ｱﾙﾊﾞｲﾄの数 | 人 | 55歳以上60歳未満の数 | 人 | 60歳以70歳未満の数 | 人 |
| 【必ずご確認ください】従業員数が5名～10名以下の場合、社労士への手続き代行費用の支払いで手元に残る助成金が少なくなる可能性がございますので、まずは電話相談窓口（03-6231-6711）で社労士への代行依頼が必要か、ご確認いただくことをお勧めいたします。 | | | | | | |
| 就業規則の有無 | 有り　　・　　無し | | | 定年制度 | 歳 | | |
| 社会保険の  加入状況 | **□**厚生年金保険　　**□**労災保険  **□**雇用保険　　　　**□**健康保険 | | | 就業時間 | １日（　　　　　）時間  １週（　　　　　）時間 | | |
| 電話相談サービスの利用有無 | 有り　　・　　無し | | | | | | |
| 顧問社労士の有無  **（※回答必須）** | 有り　　・　　無し  ※有りの場合は、顧問社労士名もご記入ください  顧問社労士名： | | | 顧問社労士がいる場合に相談を希望される場合の理由  **（※回答必須）** |  | | |
| 社労士からの連絡 **（※回答必須）** | 貴社直接 ・ 代理店経由 ・ 大同生命　（税理士代理店等） 担当者経由  ※代理店・大同生命経由の場合は、名前も記入  お名前： | | | ご連絡先（携帯可）  連絡がつきやすい平日の時間帯  **（※回答必須）** | (連絡先)  **※必ず、左記で選択した方の連絡先を記入ください** | | |
| (時間帯) | | |
| 当サービスの 紹介者 | ※当サービスのお申込み状況は、紹介者にも連携しますので、予めご了承ください | | | | | | |
| （代理店または大同生命支社名）　　　　　　　　　　　　（紹介者名） | | | | | | |

-------------------大同生命使用欄　※お客さまから直接、当申込書を送付される場合は、支社使用欄の記入は不要です----------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支社  使用欄 | 支社 |  |  |  | 機関 |  |  |  |  | 職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 支社名 |  | | | 機関名 |  | | | | 職員名 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本社使用欄 |  |  |  |  |  |  |  |

営業5211 2020-4（本・支）

保存不要

保存不要