**健康保険及び厚生年金保険の加入義務がないことの申立書**

令和年月日

宮城県知事　村井　嘉浩　殿

申請事業主

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

役職・氏名

宮城県事業復興型雇用創出助成金（住宅支援費）に受給要件労働者として申請している

（氏名）　につきましては、下記のとおり　健康保険　・　厚生年金保険　に

加入しておりません。また、この申立書は事実と相違ないことを申立てます。

記

１　健康保険について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入義務 | □ 無 | □ 雇入れ時点において加入する義務は無い | □ その他 |
| 加入義務無の  理由 | □　常時使用される労働者が５人未満の個人事業所であるため   * 常時使用される労働者が５０人以下の事業所であり、当該労働者の１週間の所定労働時間又は１か月の所定労働日数が常時使用される労働者の４分の３未満であるため | | |
| □　上記以外　※関係機関に確認した加入義務が無い理由等を下記欄へ記入。  確認年月日：令和　年　月　日　　関係機関：  確認方法：　電話 ・ 訪問　　　　担当者名： | | |
|  | | |

２　厚生年金保険について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入義務 | □ 無 | □ 雇入れ時点において加入する義務は無い | □ その他 |
| 加入義務無の  理由 | □　常時使用される労働者が５人未満の個人事業所であるため   * 常時使用される労働者が５０人以下の事業所であり、当該労働者の１週間の所定労働時間又は１か月の所定労働日数が常時使用される労働者の４分の３未満であるため | | |
| □　上記以外　※関係機関に確認した加入義務が無い理由等を下記欄へ記入。  確認年月日：令和　年　月　日　　関係機関：  確認方法：　電話 ・ 訪問　　　　担当者名： | | |
|  | | |

注）※ この申立書は、健康保険、厚生年金保険の加入義務がない労働者ごとに作成してください。

※ 該当する□欄にチェックしてください。

※ 審査時に疑義が生じた場合、関係機関に問い合わせることがあります。

※ 申立て内容によっては、追加資料の提出を求める場合があります。

※ 申立て内容によっては、当該労働者に関して本助成金の認定の対象外となる場合があります。