고용안정장려금(출산육아기) 대체인력 확인서(근로자)

면 담 자 (근로자)	사 업 장 명			
	성 명		생년월일	
	사업장 주소(연락처)	(☎)		

면 담 내 용

* 상기 본인은 ( )의 대체인력임을 확인함.

1. 본인의 입사일, 근무장소, 담당업무 등을 기재하여 주십시오.
   - ○ 입사일 : 년 월 일
   - ○ 정규직/ 계약직 여부: □ 정규직/ □ 계약직
   - 최초 입사당시 근로계약기간(**계약직인 경우 작성**) : 년 월 일 ~ 년 월 일
   - ○ 월 임금 : 원 ○ 업무 인계자:
   - ○ 담당업무 : ○ 업무 인수인계 내용:
   - ○ 근무장소 : ○ 업무 인수인계 장소:
   - ○ 근무시간 : 평일 : ~ : , 토요일 : ~ :
   - ○ 휴게시간 : 평일 : ~ : , 토요일 : ~ :

3. 본인의 임금이 최저임금 이상입니까?	▢ 예 ▢ 아니오
4. 본인은 사업주의 배우자 및 4촌 이내의 혈족·인척입니까?	▢ 예 ▢ 아니오
5. 본인은 대해 타 국가기관, 지방자치단체 등으로부터의 인건비 지원 등의 지원을 받고 있습니까? (중복수혜 시 부정수급에 해당되어 지급 중지, 반환 처리됨) - '예'의 경우 상세내용 기재 ( )	▢ 예 ▢ 아니오
6. 대상자의 외국인 근로자 여부	▢ 예 ▢ 아니오

■ **상기 진술 내용**은 **모두 사실**이며, **본인이 자필로 작성**하였습니다.
만약 상기 질문에 **허위로 답변한 경우**에는 허위 기타 부정한 방법으로 지원금을 지급받거나 지급받고자 한 자에 해당되어, 고용보험법 제35조 및 시행령 제56조 규정에 따라 **지원금**을 **지급하지 아니하며 이미 지원된 지원금**의 **반환조치** 및 **부정수급액의 최고 5배 추가징수, 형사처벌**은 물론 1년 이내의 기간 동안 **각종 지원금 지급**이 **제한**되는 등 유의사항에 대해 **안내 받았음을 확인합니다.**

20 년 월 일

면담자 : (서명)

부산고용센터 기업지원과 tel) 051-860-2083, fax) 051-719-4508