

팩스 0503-8803-0556 필요서류: 근로계약서, 재직증명서

[별지 제21호 서식]

■ 국민내일배움카드 운영규정 [별지 제21호 서식]

돌봄서비스 훈련 훈련비 환급 신청서

| | | | | | |
|-------------|---------------|---------|------|---|----------|
| 접수번호 | | 접수일자 | | 처리기간 10일 | |
| 신청인 | 성명 | 주민등록번호 | | - | |
| | 주소 | 휴대전화 | | | |
| 훈련과정 | 훈련기관명 | 훈련과정명 | 훈련기간 | 훈련참여결과 | 자비부담 훈련비 |
| 수강현황 | | | ~ | <input type="checkbox"/> 수료 <input type="checkbox"/> 조기취업 | 원 |
| 신청금액 | | | 원 | | |
| 취(창)업자 | 취업 (해당자) | 사업장명 | 전화번호 | 재직기간 | 담당업무 |
| | | | | ~ | |
| | | | | ~ | |
| 취업 (해당자) | 사업장명 | 사업자등록번호 | | | |
| | 개업일 | 업종 | | | |
| 재직자 | 재직현황 (해당자) | 사업장명 | 전화번호 | | |
| | | 재직기간 | ~ | | 담당업무 |
| 입금계좌 | 은행명 | 계좌번호 | 예금주명 | | |

국민내일배움카드 운영규정제46조의3에 따라 위와 같이 자비부담 환급을 신청합니다.

년 월 일
신청인 : (서명 또는 인)

○○지방고용노동(지)청장 귀하

| | | |
|------|-------------------------------------|-----|
| 신청인 | 1. (취업자 또는 재직자인 경우) 재직증명서 등 관련 증빙서류 | 수수료 |
| 제출서류 | 2. (창업자인 경우) 사업자등록증 등 창업 관련 증빙서류 | 없음 |

유의사항

- 훈련과정 수강 중 또는 훈련종료일로부터 6개월(해당 훈련과정 시작일 이전부터 훈련종료일까지 고용보험 적용 사업장에서 피보험자로 근무 중인 재직자인 경우에는 1년) 이내에 취(창)업한 사람이 자비부담을 환급 받기 위해서는 다음 요건을 모두 충족하여야 합니다.
 - 돌봄서비스 분야 중 어느 하나의 직종에 취업할 것
 - 다음 각 호의 취업인정기준 중 어느 하나를 충족할 것
 - 고용보험 적용사업장에서 1개월간 소정근로시간을 60시간 이상(1주간의 소정근로시간을 15시간 이상으로 정하는 경우를 포함)으로 정하고 고용보험 피보험자격을 취득할 것
 - 「부가가치세법」에 따라 사업자등록을 새로 하였거나 사업자 등록사항을 변경하는 등 사업이 새로 개시되었음이 증명된 경우. (다만 사업자등록을 하였더라도 휴업신고를 하는 등 실제 사업을 하지 아니한 경우에는 취업한 것으로 보지 아니한다.)
 - 가목에 해당하지 않으며 고용보험 적용사업장에서 1개월간 소정근로시간을 20시간 이상(1주간의 소정근로시간을 5시간 이상으로 정하는 경우를 포함)으로 정하고 고용보험 피보험자격을 취득할 것(단 이 경우 자비부담액의 50%를 환급받을 수 있음)
 - 취업한 날로부터 1년 이내에 돌봄서비스 분야에 취업한 날이 180일 이상일 것
 - 취업한 날로부터 1년 이내에 신청할 것
- 훈련과정 수강 시 재직상태였던 사람이 자비부담을 환급받기 위해서는 다음 요건을 모두 충족하여야 합니다.
 - 훈련과정 시작일로부터 종료일까지 돌봄서비스 분야의 어느 하나의 직종에서 근로하는 고용보험 피보험자
 - 해당 훈련과정을 수료할 것
 - 훈련 종료일로부터 1년 이내에 신청할 것
- 돌봄서비스 분야(KECO 기준): 2329. 기타 사회복지 종사원(요양보호사 양성과정에 한함), 30.보건의료직, 55.돌봄서비스직(간병·육아)

※ 아래 란은 고용센터 담당자 업무를 위한 사항으로 적지 않습니다.

| | | | | | |
|----|------------------------------|-------|-------|--------|--|
| 처리 | <input type="checkbox"/> 지급 | 지급금액 | 원 | | |
| | <input type="checkbox"/> 미지급 | 미지급사유 | | | |
| 결제 | 담당 | 팀장 | 소(과)장 | 결제 연월일 | |

처리절차

