

■ 「고용보험 미가입 사업장 4대 보험료 지원사업」 사업주 확인서[별지 1호]

4대 보험료 사업주 확인서

| | | | |
|--|--|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> 4대 보험료 지원사업은 50인 미만 사업장의 고용보험 신규가입자에 대한 4대 보험료를 지원하는 사업입니다. | | | |
| <input type="checkbox"/> 위 보험료 지원을 위해 아래 사항을 확인하고자 하오니, 해당 부분(예, 아니오)에 진하게 체크 표시(√)해 주시기 바랍니다.(신청자 1명당 1장 제출) | | | |
| <input type="checkbox"/> 지원금 대상자 성명 | | _____ | |
| 1. 채용일(고용보험 신규가입일) | 20 년 월 일 (20 년 월 일) | | |
| 2. 신청대상 근로자의 근로계약서에 수습(시용) 기간이 있는지 여부 및 기간 | <input type="checkbox"/> 예 (수습, 시용) (기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일) <input type="checkbox"/> 아니오 | | |
| <input type="checkbox"/> 사업장 요건 | | | 예 아니오 |
| 1. 2020년 연평균 피보험자수 기준(2021년도 고용보험 신규성립의 경우에는 보험관계 성립일이 속한달의 말일 기준) 50인 미만 사업장입니다 | | | |
| 2. 임금체불 중 또는 임금체불로 명단 공개 중이 아닙니다. | | | |
| 3. 지원금 지급제한 기간내에 있는 사업주(고용보험법 시행령 제56조의 제2항)가 아닙니다. | | | |
| 4. 국가, 지자체 등으로부터 노동자 4대 보험료 지원을 받고 있지 않습니다. * 단, 10인 미만 사업장의 경우 두루누리 사회보험을 지원받는 사업장은 제외 | | | |
| <input type="checkbox"/> 근로자 요건(반드시 개인별로 판단하여야 합니다) | | | |
| 1. 신청대상 노동자는 월평균소득 220만원 미만입니다. | | | |
| 2. 신청대상 노동자는 고용보험에 2021년 1월 1일 이후 가입하였습니다. | | | |
| 3. 2021년 1월 1일 이전 경상남도 내 주소지를 둔 노동자(주민등록상 소재지에 한함) * 경상남도가 아닌 타 지역에 주민등록 주소지를 두고 경상남도 내에 거주하는 경우는 지급대상에서 제외 | | | |
| 4. 신청대상 노동자는 4대 보험에 가입되어 있습니다. | | | |
| 5. 신청대상 노동자가 사업주의 배우자 또는 직계존비속이 아닙니다. | | | |
| 6. 신청대상 노동자는 채용당시 사업자등록증을 소지하고 있거나, 자영업 등을 영위하고 있는 사실이 없습니다. | | | |
| 7. 신청대상 근로자는 일학습병행제 참여자로 등록된 근로자가 아닙니다. | | | |
| 8. 신청대상 근로자는 외국인이 아닙니다. | | | |
| <input type="checkbox"/> 기타 | | | |
| 1. 사업주는 4대 보험료 지원신청 시 동 지침을 명확히 숙지하고 있습니다. | | | |
| 2. 지원금 지급신청 시 제출한 자료는 모두 사실과 다름없음을 확인합니다. | | | |
| 위 내용을 충분히 이해하였으며, 허위 기타 부정한 방법으로 지원금을 지급받거나 지급받고자 한 자의 경우에는 지원금을 지급하지 아니하며 이미 지원된 지원금의 반환조치 및 기타 형사상 고발조치 될 수 있음을 확인합니다. | | | |
| 년 월 일 | | | |
| 사업장명 : _____ | | | |
| 확 인 자(대표자) : _____ (서명 또는 인) | | | |

■ 고용보험 미가입 사업장 4대 보험료 지원사업 시행지침[별지 제2호 서식]

「고용보험 미가입 사업장 4대 보험료」 지원 신청서

※ □에 해당되는 경우에는 반드시 “√” 표시를 합니다.

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| 1. 사업장 현황 | | | |
| 사업장명 | | 사업장관리번호 | |
| 법인등록번호 | | 지사사업장 관리번호 | |
| 소재지 주소 | | 대표자 | |
| 담당자 | 성명 | 전화번호 | |
| | 이메일 | 팩스번호 | |
| 국가 등 재정지원을 통해 운영되는 기관 여부 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당 | 국가, 자치단체, 공공기관 여부 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당 |
| 중견기업 해당 여부 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당 | 부동산업 등 중소기업인력지원 특별법 시행령 제2조에서 정한 업종 여부 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당 |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|---|---|------------------------------------|
| 2. 고용보험 피보험자 수 | | | | | | | |
| 직전 보험연도 연평균 기준 ('21년도 신규사업장의 경우 성립일이 속한 달의 말일 기준) 등 | 4대 보험료 지급 신청기간(최대 6개월) | | | | | | 보험료 지원요건 최초 종족일 (최초 신청시만 기재) |
| (명) | 구분 | 월 | 월 | 월 | 월 | 월 | 년 월 일 |
| | 기존 고용보험 가입자 | | | | | | |
| | 신청인원 (신규 고용보험 가입자) | | | | | | |

3. 신청 내용: 신청대상 근로자에 사업주의 배우자, 사업주와 직계존비속 포함여부(□ 해당 □ 비해당)

보험료 신청 인원현황 () 명

| 연번 | 성명 (주민등록번호) | 채용일 (고용보험 가입일) | 월 평균소득(원) (세전기준) |
|----|-------------|----------------|---------------------|
| 1 | | 년 월 일 (년 월 일) | |
| 2 | | 년 월 일 (년 월 일) | |
| 3 | | 년 월 일 (년 월 일) | |
| 4 | | 년 월 일 (년 월 일) | |
| 5 | | 년 월 일 (년 월 일) | |

「4대 보험료 지원사업 시행지침」에 따라 상기와 같이 보험료 지원을 신청합니다.

년 월 일 신청인(대표): (인)

(재)경상남도 경제진흥원장 귀하

| | |
|------|---|
| 첨부서류 | 1. 개인정보동의서(사업주 및 근로자) 2. 사업자등록증 3. 근로계약서 4. 노동자 임금대장 5. 노동자 주민등록등본 6. 2021년 고용보험 자격이력내역서(근로자용) 7. 고용보험 사업장 자격취득자 명부 |
|------|---|

| | | | |
|------|----|--------|--------|
| 접수번호 | | 접수 연월일 | |
| 선람 | 담당 | 과장 | 팀장 |
| | | | 결재 연월일 |

■ 고용보험 미가입 사업장 4대 보험료 지원사업 시행지침[별지 제3호 서식]

4대 보험료 지원 신청을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

고용 취약계층의 고용보험 가입 확대를 위한 도내 50인 미만 사업장을 대상으로 4대보험료의 일부를 지원하기 위하여 귀하의 개인정보를 수집·이용하고자 『개인정보 보호법』 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제18조제2항제1호, 제3항, 제24조 제1항 제1호에 따라 귀하의 동의를 받고자 하오니, 아래의 내용을 자세히 읽어보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.(사업주 및 신청자 1명당 1장 제출)

| | |
|---|--|
| 개인정보의 수집·이용 동의에 관한 사항 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 수집·이용 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 고용보험 미가입 사업장 4대보험료 지원 적합여부 및 지원금액 확인, 기타 통계 및 실태조사 작성 등 사업의 효율적 수행을 위한 활용 ■ 개인정보의 수집항목 <ul style="list-style-type: none"> - 필수항목 : 대표자 및 근로자 성명, 주민등록번호, 사업자번호, 상호, 사업장주소, 계좌번호(은행명), 전화번호, 4대보험료 고지·납부내역 - 선택항목 : 담당자성명, 이메일, 전화번호, 팩스번호 ■ 보유 및 이용 기간 : 수집·이용에 관한 동의일로부터 1년 ■ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익 <ul style="list-style-type: none"> - 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 수 있으며, 이 경우 4대 보험료 지원이 제한됩니다. - 선택항목은 사업안내 목적으로 수집하는 것으로 동의하지 않더라도 불이익은 발생하지 않습니다. | |
| 필수항목에 대한 개인정보 수집·이용에 동의하십니까. | <input type="checkbox"/> 동의함, <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 선택항목에 대한 개인정보 수집·이용에 동의하십니까. | <input type="checkbox"/> 동의함, <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| 년 월 일 신청인(사업주) 또는 근로자 : _____ (서명/인) | |
| 개인정보의 제3자 제공·조회 동의에 관한 사항 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 제공받는 자 : 경상남도, 고용노동부 ■ 제공받는 자의 개인정보 이용 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 4대 보험료 지급 적정성 판단여부 확인 및 지급내역 확인 등 ■ 제공하는 개인정보 항목 <ul style="list-style-type: none"> - 4대 보험료 지원 사업장 및 지급대상 근로자 현황(성명, 주민등록번호), 상호, 사업자번호, 4대보험료 고지·납부내역 등 ■ 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 <ul style="list-style-type: none"> - 개인정보 제공에 관한 동의일로부터 1년 ■ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익 <ul style="list-style-type: none"> - 개인정보의 제공에 동의를 거부할 수 있으며, 이 경우 4대 보험료 지원이 제한될 수 있습니다. | |
| 위와 같이 개인정보를 제공하는 것에 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의함, <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

년 월 일
 신청인(사업주) 또는 근로자 : _____ (서명/인)

(재)경상남도 경제진흥원장 귀하