

同意書

年 月 日

宮崎県知事 殿

所在地（住所）

事業所名

代表者 職・氏名

印

雇用保険適用事業所番号 ない場合は労働保険番号	
----------------------------	--

宮崎県緊急雇用維持支援給付金の支給を受けるに当たって、当該申請に関する雇用調整助成金又は緊急雇用安定助成金の支給決定に係る金額、判定基礎期間など、本給付金の支給に関し必要な情報について、宮崎県が宮崎労働局から情報提供を受けることに同意します。