第10号様式

雇用保険、健康保険及び厚生年金保険の加入義務がないことについての申出書

令和　　年　　月　　日

（あて先）長崎市長

申請者　 住　　　所

団　体　名

代表者氏名

長崎市立老人福祉施設の指定管理者の申請に際し、次の事項のうち□欄にチェックしたものについて申し出ます。

□１　雇用保険について、次の理由により加入義務はありません。

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入義務がないことについては、（元号）○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例:○○公共職業安定所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

□２　健康保険について、次の理由により加入義務はありません。

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入義務がないことについては、（元号）○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例: ○○年金事務所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

□３　厚生年金保険について、次の理由により加入義務はありません。

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入義務がないことについては、（元号）○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例: ○○年金事務所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

※必ず「理由」も記入してください。

今後、雇用保険等の加入義務が生じた場合には、直ちに加入手続きを行うとともに、長崎市に対して報告を行います。