

担当者

助成金診断 ヒヤリングシート

年 月 日

◆下記の項目にご記入お願いいたします。◆

会社名 ※			
会社所在地※			
代表者名※		ご担当者 ※	
業種		設立年月日	
T E L ※		資本金	
F A X		e-mail	

※の欄は必須項目です。

Q1	労働保険（労災保険・雇用保険）に加入していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q2	社会保険（健康保険・厚生年金保険）に加入していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q3	従業員数についてご教示ください。		
	正社員（雇用保険加入者）		人
	契約社員・アルバイト(雇用保険加入者)		人
	契約社員・アルバイト(雇用保険未加入者)		人
Q4	直近6か月間に会社都合による離職者（解雇・退職勧奨）はいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q5	就業規則の作成状況についてご教示ください。	<input type="checkbox"/> 提出済み	<input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 未作成
Q6	36協定の提出状況についてご教示ください。	<input type="checkbox"/> 提出済み	<input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 未作成
Q7	各種書類のご用意状況についてご教示ください。 ※ご用意がない（未チェック）の場合、様式サンプルをお渡しします。		
	<input type="checkbox"/> 雇用契約書（労働条件通知書）	<input type="checkbox"/> 出勤簿（始業～就業時間がわかるもの）	<input type="checkbox"/> 賃金台帳
Q8	現在、社会保険労務士に顧問を依頼されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
Q9	過去に助成金を申請した経験がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	（「はい」の場合）助成金制度名をお知らせください。 ※雇用調整助成金、キャリアアップ助成金（正社員化コース）など		

CONTACT お気軽にご相談ください！

お電話でのお問い合わせはこちら

052-212-8931
受付時間9:00～17:00
(土日祝日は緊急時以外は除く)

ひまわり社会保険労務士法人

ご回答はこちらからどうぞ
 ※当方より判断結果をお知らせいたします。

FAX 052-846-8910 または
 e-mail mizuno@himawari-marunouchi.com