

워라밸일자리 장려금(구, 시간선택제 전환지원금) 안내

전일제 근로자가 근로시간 단축이 필요할 때 소정근로시간 단축을 허용한 사업주에게 단축장려금, 간접노무비, 대체인력 인건비를 지원하는 「워라밸일자리 장려금」을 안내해드리오니 사업장 담당자께서는 참고하시기 바랍니다.

I 개요

- 근로시간 단축 등을 도입하여 근로자의 일·생활 균형을 지원하는 사업주에게 지원금을 지원하여 기존 근로자의 고용안정과 일자리 질 향상 도모

II 지원 대상

| | |
|-----|--|
| 근로자 | <ul style="list-style-type: none"> • 모든 근로자 • 단, 아래 1가지라도 해당 시, 지원 제외 <ul style="list-style-type: none"> ① 「최저임금법」 제5조제1항·제2항에 따른 최저임금 미만의 임금을 지급받기로 한 근로자는 고용안정장려금 지원 대상에서 제외한다. 다만, 해당 근로자가 같은 법 제7조에 따라 최저임금의 적용이 제외되는 경우는 제외한다. ② 사업자의 배우자, 4촌 이내의 혈족 및 인척 ③ 대한민국 국적을 보유하지 않은 외국인. 다만 고용보험법 적용 대상인 거주(F-2), 영주(F-5), 결혼이민자(F-6)는 가능 <ul style="list-style-type: none"> ※ 대체인력은 외국인도 가능 ④ 1개월 동안의 소정근로시간이 60시간 미만인 근로자(1주 소정 근로시간이 15시간 미만인 자 포함) ⑤ 고용보험·건강보험·산재보험·국민연금 등 4대 사회보험에 가입되어 있지 않은 근로자 |
| 기업 | <ul style="list-style-type: none"> • (임금감소 보전금) 모든 사업주 • (간접노무비) 우선지원대상기업·중견기업 • (대체인력지원) 모든 사업주 |

• 단, 아래 1가지라도 해당 시, 지원 제외

- ① 국가, 지자체
- ② 「중소기업인력지원 특별법 시행령」 제2조에서 정한 업종

제2조(적용 범위) 「중소기업 인력지원 특별법」(이하 "법"이라 한다) 제3조 단서에서 "부동산업 등 대통령령으로 정하는 업종"이란 「통계법」 제22조에 따라 통계청장이 고시하는 한국표준산업분류에 따른 다음 각 호의 업종을 말한다.

1. 부동산업
2. 일반유희 주점업
3. 무도유희 주점업
4. 기타 주점업
5. 기타 갬블링 및 베틱업
6. 무도장 운영업

- ③ 임금체불로 명단이 공개중인 사업주

III 지원 요건

| | |
|-----------------------------------|--|
| 공통 | <ul style="list-style-type: none"> • 소정근로시간 단축제도 도입 <ul style="list-style-type: none"> - 취업규칙, 단체협약, 인사규정 또는 별도의 소정근로시간 관련 단축규정 등을 마련(소정근로시간 단축사유 해소시 전일제 복귀 등 규정) - 소정근로시간 단축대상 근로자가 가족돌봄, 본인건강 등 본인 필요에 의해 근로시간 단축을 신청하고 사업주가 이를 허용 |
| 임금 감소 보전금 및 간접 노무비 | <ul style="list-style-type: none"> • 아래 항목 모두 충족 <ul style="list-style-type: none"> ①근로자가 가족돌봄, 본인건강, 학업, 은퇴준비 등 본인의 필요에 의해 근로시간 단축을 신청하고 사업주가 이를 허용 ②4대 보험에 가입하고, 단축 후 주 소정근로시간은 15시간 이상 35시간 이하(구 지원금요건 : 15시간 이상 30시간 이하)여야 함 <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 법정 임신기 근로시간 단축의 경우 주30시간 이하 (구 지원금요건 : 35시간) ③단축일 이전 최근 3개월 동안 주 소정근로시간이 35시간을 초과하는 6개월 이상 고용한 근로자의 주 소정근로시간 1시간 이상 단축 ④단축일로부터 최소 2주 이상 단축제 적용 및 근로시간 단축일로부터 6개월 이내 신청서 제출 ⑤지문인식, 전자카드 등 전자·기계적 방식으로 출퇴근 관리 ⑥연장근로는 월 20시간 이내 |

| | |
|-----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 아래 1가지라도 해당 시 제외 <ul style="list-style-type: none"> ① 초과근로를 20시간 이상 실시한 달 ② 출퇴근 기록이 월 5일 이상 누락된 달 <ul style="list-style-type: none"> ※ ① or ②를 누적 2회 위반할 경우 해당 근로자 지원 대상에서 제외 ③ 단축일로부터 6개월 내 워라밸일자리 장려금 최초지급신청을 하지 않은 경우 |
| 대체 인력 고용 인건비 | <ul style="list-style-type: none"> • 아래 항목 모두 충족 <ul style="list-style-type: none"> ① 위의 요건을 만족하는 단축근로자에 대하여 ② 단축 개시일 전 2개월이 되는 날(구 지원금 요건 : 60일)부터 대체인력을 고용하고 1개월간 고용 유지 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 아래 해당 시 제외 <ul style="list-style-type: none"> - 대체인력 고용 3개월 전부터 고용 후 1년까지(1년 이내에 고용관계 종료시에는 고용관계 종료시까지) 다른 근로자를 고용조정으로 이직시키는 경우 고용안정 장려금 지급제한(기 지급된 장려금 환수) <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 대체인력보다 같은 날 또는 이후에 고용된 근로자는 감원방지의무 대상 아님 ※ 근로자의 귀책사유로 인한 징계해고, 정년, 계약기간만료, 근로자의 자발적인 퇴직은 감원방지의무 위반이 아님 |

IV 지원 수준 및 한도

| | 유형 | 지원대상 | 구분 | 회차별 지급액 (1개월 단위) |
|----------|-------------|---|------------------|---------------------|
| 지원 수준 | 임금감소 보전금 | 모든 기업 | (15~25시간, 임신근로자) | 최대 40만원 |
| | | | (25시간 초과~35시간) | 최대 24만원 |
| | | 지원 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 사업주가 단축 근로자에게 단축 전 시간비례 임금 + 추가 임금, 수당 등 지급 여부 확인 후 지원금 지급 - 추가 임금, 수당이 40만원 or 24만원 보다 적은 경우 그 금액을 지원하고 그보다 많은 경우 40만원 or 24만원을 지원 ▶ 단축 후 주 소정근로시간이 15시간 이상~25시간 이하 : 월 40만원 한도로 지원 ▶ 단축 후 주 소정근로시간이 25시간 초과~30시간 이하 : 월 24만원 한도로 지원 | | |

| | | | |
|------------|--|--|----------|
| | | ※ 단, 임신을 사유로 소정근로시간을 단축한 경우 주 소정근로시간에 관계없이 월 40만원 한도로 지원 | |
| | 대체인력 인건비 | 우선지원대상기업 | 60만원 |
| | | 대규모기업 | 30만원 |
| | 지원 한도 | 임금의 50% 한도 지원 | |
| | 간접 노무비 | 우선지원대상기업, 중견기업 | 20만원(정액) |
| 지원인원 한도 | - 사업장별 지원인원 제한은 없음 | | |
| 지급 기간 및 주기 | <ul style="list-style-type: none"> - 단축 개시일이 속하는 다음달부터 <u>1년의 범위 내에서 1개월 단위</u> 지급 - 대체인력 인건비 지원은 <u>대체인력의 실 근무기간과 단축근로자의 근로시간 단축기간이 겹치는 기간(최대 1년) 및 인수인계기간(최대 2개월)에 대해 일할 계산</u>하여 지원 - 임금감소액 보전 지원과 간접노무비 지원은 <u>실제 단축기간에 대해 일할</u> 계산하여 지원 | | |
| 중복지원 방지 | <ul style="list-style-type: none"> - 출산육아기 고용지원금(육아기 근로시간 단축 지원금), 출산육아기 대체인력 지원금을 받는 근로자는 지원대상에서 제외 - 장년(50세 이상) 근로시간 단축 지원금을 받는 근로자도 지원대상에서 제외하되, 장년 근로시간 단축 근로자의 대체인력에 대하여는 총족 시 대체인력 지원금 지원 | | |

V 지원 절차

- 사업 참여 신청 : 불필요
- 장려금 신청 : 필요

| | | | | | |
|---|-----------|---|---------|---|------------------|
| 1 | 사업주 | 2 | 고용센터 | 3 | 사업주 |
| | 장려금신청서 제출 | | 지원요건 검토 | | 승인여부 통지 및 지원금 지급 |

지원금
신청

■ 월 단위 장려금 신청서 제출

① 신청방법 : 구비서류를 사업장 관할지역의 지방노동관서(고용센터) 또는 고용보험(www.ei.go.kr)에 제출

② 제출서류

가. 취업규칙, 단체협약, 인사규정 또는 별도의 소정근로시간 단축 관련 규정 등 제도 도입 증빙서류

나. 고용안정장려금 지급대상 근로자의 종전 근로계약서

다. 고용안정장려금 지급대상 근로자의 실근로시간을 확인할 수 있는 증명서류 (전자카드, 지문인식, 타임레코드 등 전자·기계적 방식으로 기록된 자료만 인정)

라. 소정근로시간 단축으로 임금이 감소한 근로자에게 사업주가 보전한 임금의 일부를 지원받으려는 경우는 소정근로시간 단축 이후 각 근로자별 임금 지급내역 및 사업주 보전임금 내역을 확인할 수 있는 증명서류

마. 대체인력을 고용한 경우는 업무분장 등 소정근로시간 단축 근로자의 대체인력임을 입증할 수 있는 서류

■ 심사 및 승인

- 신청서 접수 직전 달의 접수 마감일로부터 1개월 이내에 심사위원회 개최 승인여부 5일 이내에 신청사업주에게 통지

■ 제출처 : 사업장 소재지 관할 지방고용노동청(고용센터)

■ 지급결정

신청서 접수일로부터 **14일 내 지급결정 여부 통지**

문의처 : 사업장 관할지역의 고용센터 (<http://www.workplus.go.kr/index.do>)

(끝)

■ 고용창출장려금·고용안정장려금의 신청 및 지급에 관한 규정 [별지 제13호 서식]

「고용안정장려금」 지급 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법을 읽고 작성하시기 바랍니다. □에는 해당되는 곳에 “√” 표시를 합니다.

(1쪽)

| | | | | |
|---|---|---|----------------|--|
| 1. 사업장 현황 | <input type="checkbox"/> 우선지원 대상기업 ^① <input type="checkbox"/> 중견기업 ^② <input type="checkbox"/> 대규모기업 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 감원방지 의무 위반 ^③ <input type="checkbox"/> 임금체불 명단공표 사업장 | | | |
| 사업장명 | 사업장관리번호 | | | |
| 소재지 주소 | 대표자 | | | |
| 담당자 | 성명 | 전화번호 | | |
| 2. 신청 내용 | <input type="checkbox"/> 다음 2개 항목에 해당사항이 없음을 확인함 - 최저임금 미만 근로자 포함 - 사업주의 배우자, 4촌 이내의 혈족·인척 포함 | | | |
| | 사업참여 유형 | 신청내용 신청인원 신청금액 | | |
| <input type="checkbox"/> 출산육아기 고용안정 | 무기계약으로 재고용된 근로자 인건비 | 명 | 원 | |
| | 대체인력 인건비 | 명 | 원 | |
| | 육아기 근로시간단축 부여(간접노무비) | 명 | 원 | |
| | 육아휴직 부여(간접노무비) | 명 | 원 | |
| <input type="checkbox"/> 정규직 전환 | 전환 | 명 ^④ | 원 | |
| | 근로자 (간접노무비) | | | <input type="checkbox"/> 기간제근로자 정규직 전환 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 파견근로자 정규직 전환 |
| | | <input type="checkbox"/> 사내하도급근로자(기간제) 정규직 전환 | | |
| | 임금증가 근로자 | <input type="checkbox"/> 특수형태업무종사자 정규직 전환 | 명 | 원 |
| | | <input type="checkbox"/> 기간제근로자 정규직 전환 | 명 ^④ | 원 |
| <input type="checkbox"/> 파견근로자 정규직 전환 | | 명 | 원 | |
| <input type="checkbox"/> 워라벨일자리 장려금 | <input type="checkbox"/> 사내하도급근로자(기간제) 정규직 전환 | 명 | 원 | |
| | <input type="checkbox"/> 특수형태업무종사자 정규직 전환 | 명 | 원 | |
| | 소정근로시간 단축 근로자(간접노무비) | 명 | 원 | |
| <input type="checkbox"/> 일·가정 양립 환경개선 | 임금감소액 보전 근로자 | 명 | 원 | |
| | 대체인력 인건비 | 명 | 원 | |
| | <input type="checkbox"/> 유연근무제 <input type="checkbox"/> 시차출퇴근제 <input type="checkbox"/> 선택근무제 <input type="checkbox"/> 간접노무비 <input type="checkbox"/> 재택근무제 <input type="checkbox"/> 원격근무제 | 명 ^⑤ | 원 | |
| <input type="checkbox"/> 일·생활균형 인프라 구축비 | 원 | | | |
| <input type="checkbox"/> 재택·원격근무 인프라 <input type="checkbox"/> 근무혁신 인프라 | | 원 | | |
| 고용안정장려금 신청액(합계) | | | 원 | |
| 계좌번호 | 은행 | (예금주:) | | |

「고용창출장려금·고용안정장려금의 신청 및 지급에 관한 규정」 제19조제2항에 따라 상기와 같이 「고용안정장려금」 지급을 신청합니다.

년 월 일 신청인(대표): (인)

○○지방고용노동청(○○지청)장 귀하

| | |
|------|---|
| 첨부서류 | 1. 전환(제도활용) 전·후 근로계약서 2. 월별임금대장 3. 임금지급증빙서류 4. 출산육아기 휴가·휴직 실시를 증명하는 서류(해당자에 한함) 5. 기계·전자적인 장비로 기록된 실근로시간(연장근로 포함)을 확인할 수 있는 서류(워라벨일자리 장려금, 유연근무제 해당) 6. 1~5이외에 고용노동부 장관이 고시에서 정한 서류 |
|------|---|

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

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(2쪽)

작성방법

○ 우선지원 대상기업 해당여부 작성

- ① 우선지원 대상기업은 「고용보험법 시행령」 제12조에서 정한 기업
 - 산업별 기준: 제조업(500명 이하), 광업·건설업·운수업·통신업 등(300명 이하), 도매업·소매업·숙박업·음식점업·금융업·보험업(200명 이하), 그 밖의 업종(100명 이하)
 - 산업별 기준 외: 1. 「중소기업기본법」 제2조제1항 및 제3항의 기준에 해당하는 기업, 2. 우선지원 대상기업에 해당하지 아니하게 된 경우 그 사유가 발생한 연도의 다음 연도부터 5년간 우선지원 대상기업으로 봄

○ 중견기업 해당여부 작성

- ② 중견기업은 「중견기업 성장촉진 및 경쟁력 강화에 관한 특별법」 제2조에 따른 기업으로 한국중견기업연합회(www.ahpek.or.kr)에서 발급한 “중견기업확인서”로 확인

○ 감원방지 의무기간

- ③ 워라밸일자리 장려금 및 출산육아기 고용의 경우 대체인력 고용에 대한 지원금을 지급받기 위해서는 고용 전 3개월부터 해당 대상자의 장려금 지급기간까지 감원방지기간 적용

○ 지원한도 인원 산정

- ④ 사업 참여 신청서를 제출한 날이 속한 달의 직전년도 말일을 기준으로 기간제인 피보험자수의 120%(5인 이상 10인 미만 사업장의 경우 5인)를 한도로 함. 해당 사업장에 대한 누적 지원 인원은 이 한도 인원을 초과할 수 없음.
- ⑤ 사업계획서 제출일이 속한 연도의 직전년도 말일 기준 피보험자 수의 30%를 한도로 하며 70명을 초과할 수 없음. (시차출퇴근제 지원인원은 50명을 초과할 수 없음)

※ 기타 작성방법에 대해서는 사업계획서 승인 통지서에 첨부하는 문서를 참고

<고용안정장려금 지급 신청 대상 세부 목록>

I. 출산육아기 고용안정

출산육아기 비정규직 근로자를 무기계약으로 재고용한 것에 대한 인건비 지원금 신청명세서

| 성명 (주민등록번호) | 출산일 (년 월 일) | 재고용 직전 고용계약 | | 재고용 계약 | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|----------------------------|-------------|
| | | 시작일 (년 월 일) | 만료일 (년 월 일) | 재고용 시작일 (년 월 일) | 신청기간 (년 월 일 ~ 년 월 일) | 신청금액 (원) |
| | | | | | | |

대체인력 인건비 지원금 신청명세서

① 출산전후휴가 ②육아휴직 ③육아기근로시간단축
 ※ 대체인력지원금의 경우, 국가 또는 지자체가 해당 대체인력 채용에 대하여 사업주에게 지급하는 지원금 등이 있는 경우 이를 제외한 금액만 신청가능(고용보험법 시행령 제29조 제4항 단서)

| 원 근로자 정보 | | | | | 대체인력 정보 | | | | | |
|--------------------|----------------|--------------------|-------------------------------|-----------|--------------------|-------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| 성명 (주민등록 번호) | 신청 유형 구분 | 휴직 등 일자 (년 월 일) | 휴직 등 기간 (년 월 일 ~ 년 월 일) | 전환 사유* | 성명 (주민등록 번호) | 고용 일자 (년월일) | 고용기간 (년 월 일 ~ 년 월 일) | 임금 월액 (원) | 신청기간 (년 월 일 ~ 년월일) | 신청 금액 (원) |
| | ①~③ 해당번호기재 | | | | | | | | | |

*전환사유: 출산전후휴가, 유산·사산 휴가, 육아휴직, 육아기 근로시간 단축

간접노무비 지원금 신청명세서

① 육아휴직 ②육아기근로시간단축

| 성명 (주민등록번호) | 신청 유형 구분 | 1호인센티브 여부* (①육아휴직) | 사유 발생일 ※ 육아휴직 등 시작일 (년 월 일) | 신청기간 (년 월 일 ~ 년 월 일) | 신청금액 (원) |
|----------------|---------------|--------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------|
| | ①~② 해당번호기재 | | | | |

*해당 사업주가 육아휴직을 처음으로 부여한 근로자에 대하여 1호 인센티브를 추가로 10만원 지급

II. 정규직 전환

임금증가액 보전 근로자 지원금 신청명세서

* 종전 근로형태는 정규직전환 이전의 근로형태(㉠기간제근로자 ㉡파견근로자 ㉢사내하도급근로자(기간제) ㉣특수형태업무종사자)를 기입

| 성명 (주민등록번호) | 종전 근로 형태* | 고용계약 | | 주당 소정근로시간 | | 임금월액(원) | | | 신청기간 (년 월 일~ 년 월 일) | 신청 금액(원) |
|----------------|-------------------|------|-----|--------------|-----|---------|-----|------------|------------------------------|-------------|
| | | 고용일 | 전환일 | 전환전 | 전환후 | 전환전 | 전환후 | 사업주 보전액 | | |
| | ㉠~㉣ 해당번호 기재 | | | | | | | | | |

간접노무비 지원금 신청명세서

* 종전 근로형태는 정규직전환 이전의 근로형태(㉠기간제근로자 ㉡파견근로자 ㉢사내하도급근로자(기간제) ㉣특수형태업무종사자)를 기입

| 성명 (주민등록번호) | 종전 근로 형태* | 전환일(직접 고용일) (년 월 일) | 신청기간 (년 월 일~ 년 월 일) | 신청금액 (원) |
|----------------|---------------|---------------------------|------------------------------|-------------|
| | ㉠~㉣ 해당번호기재 | | | |

III. 워라벨일자리 장려금

임금감소액 보전 근로자 지원금 신청명세서

| 성명 (주민등록번호) | 소정 근로 시간 단축 | 고용계약 | | 주당 소정근로시간 | | 임금월액 (원) | | | 신청기간 (년 월 일~ 년 월 일) | 신청 금액 (원) |
|----------------|----------------------|------|-----------------------|--------------|-----|-------------|-----|------------|------------------------------|-----------------|
| | | 고용일 | 근로 시간 단축 개시일 | 단축전 | 단축후 | 단축전 | 단축후 | 사업주 보전액 | | |
| | | | | | | | | | | |

*소정 근로시간 단축 사유: 임신, 육아, 학업(자기계발), 본인건강, 가족돌봄, 퇴직 준비 등

간접노무비 지원금 신청명세서

| 성명 (주민등록번호) | 사유 발생일 ※ 근로시간 단축 개시일 (년 월 일) | 소정근로시간 단축 사유* | 신청기간 (년 월 일~ 년 월 일) | 신청금액 (원) |
|----------------|--|---------------|------------------------------|-------------|
| | | | | |

*소정 근로시간 단축 사유: 임신, 육아, 학업(자기계발), 본인건강, 가족돌봄, 퇴직 준비 등 (5쪽)

| 대체인력 인건비 지원금 신청명세서 | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| 원 근로자 정보 | | | 대체인력 정보 | | | | | |
| 성명 (주민등록 번호) | 근로시간 단축 개시일 (년 월 일) | 소정근로시간 단축 사유* | 성명 (주민등록 번호) | 고용 일자 (년 월 일) | 고용기간 (년 월 일~년 월 일) | 임금 월액 (원) | 신청기간 (년 월 일~년 월 일) | 신청 금액 (원) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

*소정근로시간 단축사유: 임신, 육아, 학업(자기계발), 본인건강, 가족돌봄, 퇴직 준비 등

IV. 일·가정 양립 환경개선

| 유연근무제 간접노무비 지원금 신청명세서 | | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|------------------|------------------|---------------------------|-------------|
| * 신청유형 구분은 해당 근로자가 활용하는 유연근무제도(①시차출퇴근제 ②선택근무제 ③재택근무제 ④원격근무제)를 기업 | | | | | | |
| 성명 (주민등록번호) | 신청 유형 구분* | 유연근무제 도입일 (년 월 일) | 유연근무제 활용 주수 | | 신청기간 (년 월 일 ~년 월 일) | 신청금액 (원) |
| | | | 주 3일 이상 활용(주) | 주 2일 이상 활용(주) | | |
| | ①~④ 해당번호 기재 | | | | | |

■ 고용창출장려금·고용안정장려금의 신청 및 지급에 관한 규정 [별지 제23호서식] <신 설>

사업주 확인서

고용창출장려금 및 고용안정장려금의 지원요건을 확인하기 위해 아래 사항을 확인하고자 하오니, 해당 부분(예, 아니오)에 진하게 체크표시(√)해 주시기 바랍니다.

| 구분 | 확인사항 | 예 | 아니오 |
|-------------------|---|---|-----|
| 고용창출장려금 및 고용안정장려금 | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 월 임금이 최저임금액 이상입니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 사업주의 배우자, 4촌 이내의 혈족 및 인척에 해당하지 않습니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 외국인에 해당하지 않습니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 4대 사회보험에 가입되어 있습니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 1개월 소정근로시간이 60시간 이상입니다. | | |
| 고용창출장려금 | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 기간의 정함이 없는 근로자입니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 고용 후 정년까지의 기간이 2년 이상입니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 1개월 미만 동안 고용되는 자(일용 근로자) 또는 비상근촉탁근로자에 해당하지 않습니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 1년 이내에 신청 사업주의 사업장에서 근로한 사실이 없습니다. | | |
| | <input type="checkbox"/> 신청대상 근로자는 1년 이내에 신청 사업주와 관련된 사업주에게서 근로한 사실이 없습니다. * 관련된 사업주란? ①이직 전 사업이 인수·합병·분할된 경우에는 인수·합병·분할된 사업의 사업주인 경우 ②이직 전 사업의 사업주와 다른 사업의 사업주가 어느 한쪽의 발행 주식이나 출자지분의 100의 30 이상을 소유하고 있는 관계에 있는 경우에는 그 다른 사업의 사업주인 경우 ③이직 전 사업과 자본·자금·인사·사업의 내용에서 밀접한 관계가 있는 등 양 사업간에 실질적인 동일성이 인정되는 사업주인 경우 ④이직 전 사업의 시설·설비나 그 임차권을 유상이나 무상으로 양도받은 사업주인 경우 | | |

위 내용을 충분히 이해하였으며, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지원금을 지급받거나 지급받고자 한 경우에는 지원금을 지급하지 아니하며 이미 지원된 지원금의 반환조치 및 부정수급액의 최고 5배 추가징수, 1년의 범위 내에서 장려금 지급이 제한될 수 있음을 확인합니다.

「고용창출장려금·고용안정장려금의 신청 및 지급에 관한 규정」 제19조제1항 및 제19조제2항에 따라 위와 같이 제출합니다.

년 월 일

신청인(대표)

(서명 또는 인)

○○지방고용노동청(○○지청)장

귀하

<끝>