

平成 年 月 日

東京都知事 殿

事業主の所在地

事業主の名称

代表者役職・氏名

㊟

東京都正規雇用等転換促進助成金

東京都による独立行政法人勤労者退職金共済機構中小企業退職金共済事業本部への
照会に関する同意書

下記の労働者に係る中退共制度の掛金を、加入日の属する月からキャリアアップ助成金（正社員化コース）の支給決定日の属する月まで継続して支払っていること（ただし、掛金未納につき正当な理由があると中退共本部が認めた場合を除く。）を確認するため、東京都が独立行政法人勤労者退職金共済機構中小企業退職金共済事業本部に掛金納付状況の照会を行うことに対し、同意します。

共済契約者番号 _____

	被共済者番号（下4桁のみ）	被共済者氏名（カタカナ）	加入日（※）
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※ 退職者共済手帳の「契約成立日」。要綱第7条第1項による支給申請時に共済手帳が未発行の場合は、退職金共済手帳の写しを添付のこと。