

붙임 1 민간기업 노인 고용장려금 지급 관련서류

「민간기업 노인 고용장려금」 지급 신청서

* 에 해당되는 경우에는 반드시 “✓” 표시를 합니다.

1. 사업장 현황			
사업장명	사업장관리번호		
소재지 주소	대표자		
담당자	성명		
	이메일		
국가 등 재정지원을 통해 운영되는 기관 여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	국가, 자치단체, 공공기관 여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당
(중소기업 해당 여부 (사회적기업, 협동조합, 농촌 체험휴양마을 포함)	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당	부동산업 등 중소기업인력지원 특별법 시행령 제2조에서 정한 업종 여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당
2. 고용보험 피보험자 수			
직전 보험연도 연평균 기준 (2023년도 신규사업장의 경우 성립월의 말일 기준) 등	장려금 지급 신청기간(차수)	장려금 지원요건 최초 충족일 (최초 신청 시에만 기재)	
년 월 (명)	구 분 월 월 월	년 월 일	
해당 월말 전체 피보험자수			
신청인원 (지원대상 노인수)			
3. 신청 내용: 신청대상 근로자에 사업주의 배우자, 사업주와 4촌 이내의 혈족인척 포함여부 (<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당)			
노인채용 현황() 명			
연번	해당연월	성명 (주민등록번호)	채용일(년 월 일)
1			
2			
3			
4			
5			
장려금 신청인원 () 명, 신청금액 () 원			
계좌번호	은행	(예금주:)	
「노인일자리 고용장려금 지원 사업 시행지침」에 따라 상기와 같이 노인 고용장려금 지급을 신청합니다.			
년 월 일 신청인(대표): (인)			
○○시장·군수 귀하			
첨부서류	1. 월별임금대장 2. 임금지급증빙서류 3. 근로계약서 4. 고용보험 가입증명서 5. 통장사본 등 입증서류		
접수번호	접수 연월일		
선임	담당	팀장	과장
			결재 연월일

「민간기업 노인 고용장려금 지원」 사업주 확인서

- 노인 일자리 고용장려금은 중소기업이 노인을 채용하면 인건비를 지원하는 사업입니다.
- 위 장려금 지원을 위해 아래 사항을 확인하고자 하오니, 해당 부분(예, 아니오)에 진하게 체크표시(√)에 주시기 바랍니다.

□ 사업장 요건	예	아니오
1. 중소기업(사회적기업, 협동조합, 농촌체험휴양마을 포함)에 해당됩니다.		
2. 임금체불 중 또는 임금체불로 명단 공개중이 아닙니다.		
3. 국가, 지자체 등으로부터 근로자 채용 등 조건으로 금전적 인건비를 지원 받고 있지 않습니다.		

□ 근로자 요건(반드시 개인별로 판단하여야 합니다)

1. 신청대상 근로자는 모두 1일 3시간(월 10일 이상) 근무하고, 1개월 소정근로 시간이 60시간 이상입니다.		
2. 신청대상 근로자별 시간당 임금이 최저임금 이상이며 월 57만원 이상입니다.		
3. 신청대상 근로자는 모두 고용보험, 건강보험, 산재보험에 가입되어 있습니다. * 국민연금 의무 가입대상(만18세 이상 만60세 미만 국민)		
4. 해당근로자는 충청남도에 주민등록별 상 주소를 두고 있으며, 외국인이 아닙니다.		
5. 노인돌봄서비스제공기관, 노인장기요양기관, 장애인활동지원기관 종사자가 아닙니다.		
6. 공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금, 별정우체국직원연금 등 직역연금을 받고 있는 근로자가 아닙니다.		

위 내용을 충분히 이해하였으며, 만약 기재내용과 달리 허위 기타 부정한 방법으로 지원금을 지급 받거나 지급받고자 한 경우에는 지급된 지원금의 반환 및 1년의 범위 내에서 노인 고용장려금 지원이 제한될 수 있음을 확인합니다.

년 월 일

사업장명 :

사업주 확인자(대표자) : (서명 또는 약속)

