

社会保険等(雇用保険、健康保険及び厚生年金保険)の 適用を受けないことの申立書

令和8度の競争入札参加資格申請をするにあたり、下記のとおり申し出ます。
また、記載の内容について事実と相違ないことを誓約します。

記

(該当する□欄に、レ印を入れてください。)

[雇用保険]

- 役員のみの法人であるため。
- 使用する労働者の全てが65歳に達した日以後において新たに雇用したものであるため。
- その他

(理由)

[健康保険及び厚生年金保険]

- 従業員5人未満の個人事業所であるため。
- 従業員5人以上であっても、強制適用事業所となる業種でない個人事業所であるため。
- その他

(理由)

令和 年 月 日

十和田地域広域事務組合管理者様

〒

本社所在地

(申請者) 商号または名称

代表者職氏名

印