

실업급여 [] 지 급 결정 통지서
[] 부지급

수급 자격자	성 명	생년월일		
	주 소			
	이직일(폐업일)			

실업급여의 종류			
결 정 내 용	[] 지급 [] 부지급		
지급 결정액	원	신청일	
부지급 사유			

「고용보험법 시행령」 제58조·제93조의2·제104조의8제8항·제104조의15제8항 및 같은 법 시행규칙 제81조·제115조의5·제125조의4·제125조의10에 따라 위와 같이 결정하여 알려드립니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장



심사청구 안내

- 1. 이 통지에 이의가 있는 경우에는 심사를 청구할 수 있습니다.
- 2. 심사를 청구할 경우에는 이 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 원처분청을 거쳐 고용보험심사관에게 청구하시기 바랍니다.

담당자()	전화번호()	FAX번호()
--------	---------	----------