

행정기관명

수신자

(경유)

제 목 [] 육아휴직 급여 [] 지급 결정 통지서
[] 육아기 근로시간 단축 급여 [] 부지급

「고용보험법 시행규칙」 제117조제1항에 따라 다음과 같이 결정하여 알려드립니다.

신청인	성명	생년월일
	주소	
신청대상기간		신청일
결정내용	[] 지급(금액 :)	
	- 산출명세 :	
	[] 부지급(부지급 사유 :)	

1. 지급안내 : 육아휴직 또는 육아기 근로시간 단축 급여는 귀하가 육아휴직 또는 육아기 근로시간 단축 급여를 신청할 때 적은 계좌번호로 입금됩니다.

2. 심사청구 안내

가. 위의 통지에 이의가 있는 경우에는 심사청구를 할 수 있습니다.

나. 심사청구를 하는 경우에는 이 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 원처분청을 거쳐 고용노동부 고용보험심사관에게 심사청구를 하시기 바랍니다. 끝.

발 신 명 의 직인

기안자 (직위/직급)서명

검토자 (직위/직급)서명

결재권자 (직위/직급)서명

협조자

시행 처리과명-연도별일련번호(시행일)

접수

처리과명-연도별일련번호(접수일)

우 도로명주소

/ 홈페이지 주소

전화번호()

팩스번호()

/ 공무원의 전자우편주소

/ 공개구분