

고용유지비용 지급신청서(회차)

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성하시기 바랍니다. (앞쪽)

접수번호	접수일시	처리기간
		14일
사업주	상호명(법인명)	사업자등록번호
	대표자 성명	생년월일(법인등록번호)
사업장	① 사업장 관리번호	소재지
	② 담당자 성명 - 연락처 (사무실) (휴대전화) (팩스번호) - 전자우편	
신청내용	③ 치유�휴직 근로자 수 명	③-1 치유�휴직자 지급 금품 원
	④ 대체인력 채용자 수 명	④-1 대체인력 지급 임금 원
	⑤ 지원 대상 근로자 수(합계) 명	⑤-1 신청액(합계) 원
	※ 대상 근로자별 신청 내역은 뒤쪽에 적습니다.	
	⑥ 지급받을 계좌번호 은행명: 계좌번호: 예금주:	

「10·29이태원참사 피해자 권리보장과 진상규명 및 재발방지를 위한 특별법」 제61조제1항 및 같은 법 시행령 제27조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

○○지방고용노동청(○○지청)장 귀하

첨부서류	1. 근로자의 치유�휴직 신청서 사본 1부 2. 근로자가 치유�휴직을 실시하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 3. 치유�휴직 변경신청서 사본 1부(치유�휴직 변경신청을 한 경우만 해당합니다) 4. 사업주가 치유�휴직을 한 근로자에게 금품을 지급하였음을 증명할 수 있는 서류(급여명세서, 급여 이체 내역서 등) 1부(사업주가 치유�휴직을 한 근로자에게 치유�휴직 기간에 지급한 금품이 있는 경우만 해당합니다) 5. 치유�휴직자를 대체하는 인력의 근로계약서 등 대체인력의 임금, 취업의 장소, 종사해야 할 업무 등을 증명할 수 있는 서류 1부(사업주가 치유�휴직을 한 근로자를 대체하는 인력을 채용하여 30일 이상 계속 고용한 경우만 해당합니다) 6. 사업주가 대체인력에게 임금을 지급하였음을 증명할 수 있는 서류(급여명세서, 급여 이체 내역서 등) 1부(사업주가 치유�휴직을 한 근로자를 대체하는 인력을 채용하여 30일 이상 계속 고용한 경우만 해당합니다)	수수료 없음
------	---	-----------

치유휴직자 성명	생년월일	연락처	전체 치유휴직 기간	고용유지비용 신청 기간	신청 기간 지급 금액(원)	고용유지비용 신청액(원)
예시) 손오공	2001.1.1.	010-1234-5678	2025.4.21.~2025.5.20.	2025.5.1. ~ 2024.5.20.		
예시) 홍길동	1981.1.1.	010-2345-6789	2025.5.31.~2025.11.30.	2025.5.31. ~ 2024.5.31.		

⑧ 고용유지비용(대체인력 지급 임금) 신청 내역

치유휴직자 성명	생년월일	치유휴직 신청일	대체인력 성명	생년월일	고용유지비용 신청 기간	신청 기간 지급 임금(원)	고용유지비용 신청액(원)
예시) 홍길동	1981.1.1.	2025.4.1.	김철수	1951.1.1.	2025.5.1. ~ 2024.5.10.		
예시) 홍길동	1981.1.1.	2025.4.1.	이영희	2011.1.1.	2025.5.11. ~ 2024.5.31.		

사업주 확인서

1. 본인은 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 고용유지비용 지급신청을 하지 않았음을 확인합니다.

- (서명 또는 인)

1. ①칸에는 사업주가 고용보험사업장 성립신고를 하여 발급받은 사업장별 고유번호를 적습니다.

- 유의사항

고용유지비용 지급신청서는 다음의 구분에 따른 날까지 사업장 소재지 관할 직업안정기관의 장에게 제출해야 합니다.

- 처리절차

☐ 고용유지비용 ☐ ☐ ☒ 고용유지비용 ☐

