

서식1) 천안·아산시용

충남 소상공인 사회보협료 지원 신청서(□ 신규 □ 변경)

* 뒷면의 작성방법 및 유의사항을 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

(앞면)

접수번호		접수일		
사업장	사업장 명칭		사업자등록번호	
	국민연금 사업장관리번호		고용보험 사업장관리번호	
	※ 사업장관리번호 미기재로 지원금을 지급 받지 못한 경우, 사업주 본인 책임			
	소재지	()	전화번호	
			팩스	
	사업주 (대표자)	성명	생년월일	
	주소			
	휴대전화		이메일	

지원 신청 근로자

연번	지원금 신청월	성명	생년월일 (8자리)	사회보협 가입 여부		퇴사자 체크	육아 휴직
				국민연금	고용보험		
1	월 ~ 월						
2	월 ~ 월						
3	월 ~ 월						
4	월 ~ 월						
5	월 ~ 월						
6	월 ~ 월						
7	월 ~ 월						
8	월 ~ 월						
9	월 ~ 월						

신청인 제출서류

- 충남 소상공인 사회보협료 지원 신청서(체크리스트 포함) 1부.
- 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 각 1부(사업장용·근로자용)
- 사업자등록증명
- 사업장 국민연금보험료 납부확인서
- 사업장 고용보험료 납부확인서
- 입금계좌 확인정보(통장사본)

행정정보 공동이용 및 금융정보(입금계좌 확인정보) 제공 동의서

- 본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조 제1항에 따른 행정정보 공동이용을 통하여 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.
* 민원인이 공동이용에 동의하지 아니하는 경우에는 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.
- 본인은 금융기관이 금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령 제8조1항에 따라 입금계좌 확인 정보(입금이 가능한 계좌인지 여부)를 이용기관에 업무처리 완료시까지 제공하는 것에 동의합니다.

(은행명: 계좌번호: 예금주:)

* 「전자정부법」 시행령 제90조제4항에 따른 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보보호법」 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우에 기재하여 주십시오.(동의한 경우 필요 시 기재사항) (□주민등록 □여권 □외국인등록 □운전면허) 번호:

신청인(사업주)

(서명 또는 인)

뒷면도 반드시 기재하여야 합니다.

(필수) 지원대상자 중 사업주(대표자), 사업주(대표자)의 배우자, 직계존비속이 없음을 확인하며, 신청내용에 허위나 거짓이 있을 경우나 부적격자에게 지원금이 지급되거나 잘못 지급된 경우, 지원대상자가 정부 및 지자체 등의 다른 보험료 지원과 종복 수령 시 지원금 전액을 환수하고, 민·형사상 책임을 지는 것에 동의합니다.
 ※ 동의하지 않는 경우 지원금이 지급되지 않습니다. (동의 부동의)

(필수) 타지역으로 사업장을 이전한 경우, 지원금이 자동 종료됩니다.

(확인)

년 월 일

신청인(사업주)

(서명 또는 인)

공동신청인(공동사업주)

(서명 또는 인)

대리인

(서명 또는 인)

() 시장·군수 귀하

공동사업주 현황

번호	성명	생년월일	주소	휴대전화
		우편번호()		
		우편번호()		

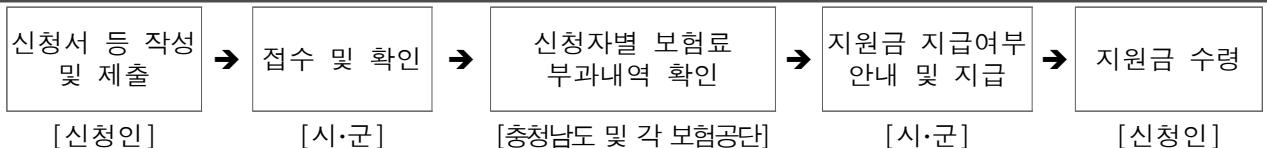
작성방법

- 최초 지원 신청하는 사업장은 신규란에 표기하여 주시고, 기존에 신청했던 사업장 중 변경사항이 있는 사업장은 변경란에 표기하여야 합니다.
 ※ 기존 신청 사업장 중 변경이 없는 사업장은 표기하지 않습니다.
- 사회보험별 사업장 관리번호는 사업장에 따라 모두 동일한 경우도 있고, 각각 부여되어 있는 경우도 있으므로 신청인이 사회보험별로 확인 후 정확하게 기재해야 합니다.
 ※ 국민연금공단(1355) 근로복지공단(1588-0075)
- 지원 신청 대상자는 사업장 소속 근로자 중 월평균 보수액 260만원 미만으로 정부의 두루누리 사회보험 지원을 받고 있으며, 1개월 이상 고용을 유지하고 있는 근로자와 퇴사자(퇴사 전 1개월 이상 고용유지, 두루누리 사회보험 지원 필수)를 포함하여 기재해야 합니다.
- 공동사업주가 있을 경우 뒷면의 공동사업주 현황을 기재하여 주시고, 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 별도로 제출해야 합니다.
- 대리인이 신청하는 경우 사업주(대표자)의 도장, 대리인의 신분증이 필요합니다.

유의사항

- 두루누리 사회보험 지원금을 받은 월에 한하여 충남 소상공인 사회보험료를 지원하며, 두루 누리 사회보험 지원금은 해당 월 보험료를 법정 납부기한까지 완납하여야만 다음 달에 지원됩니다.
 ※ 법정 납부기한 후에 보험료를 완납하여도 두루누리 사회보험 지원금은 지원되지 않습니다.
- 사회보험료가 체납된 사업장은 충남 소상공인 사회보험료 지원을 받을 수 없습니다.
- 신청 사업장의 신규 입사자가 충남 소상공인 사회보험료 지원 최초 신청 시 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 제출해야 하며, 퇴사자에 대한 지원 신청 시 퇴사자도 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 제출해야 지원이 가능합니다.

처리절차



서식1) 그 외 13개 시·군용

충남 소상공인 사회보험료 지원 신청서(□ 신규 □ 변경)

* 뒷면의 작성방법 및 유의사항을 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

(앞면)

접수번호	접수일					
사업장	사업장 명칭		사업자등록번호			
	국민연금 사업장관리번호		고용보험 사업장관리번호			
	※ 사업장관리번호 미기재로 지원금을 지급 받지 못한 경우, 사업주 본인 책임					
	소재지	()	전화번호			
			팩스			
사업주 (대표자)	성명		생년월일			
	주소					
	휴대전화		이메일			

지원 신청 근로자

연번	지원금 신청월	성명	생년월일 (8자리)	사회보험 가입 여부		퇴사자 체크	육아 휴직
				국민연금	고용보험		
1	월 ~ 월						
2	월 ~ 월						
3	월 ~ 월						
4	월 ~ 월						
5	월 ~ 월						
6	월 ~ 월						
7	월 ~ 월						
8	월 ~ 월						
9	월 ~ 월						

신청인 제출서류	1. 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청서(체크리스트 포함) 1부. 2. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 각 1부(사업장용·근로자용).
담당 공무원 확인사항	1. 사업자등록증명 2. 사업장 국민연금보험료 월별납부증명 3. 고용보험료 완납증명원 4. 입금계좌 확인정보(통장사본)

행정정보 공동이용 및 금융정보(입금계좌 확인정보) 제공 동의서

- 본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조 제1항에 따른 행정정보 공동이용을 통하여 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.
* 민원인이 공동이용에 동의하지 아니하는 경우에는 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.
- 본인은 금융기관이 금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령 제8조1항에 따라 입금계좌 확인 정보(입금이 가능한 계좌인지 여부)를 이용기관에 업무처리 완료시까지 제공하는 것에 동의합니다.

(은행명: 계좌번호:

예금주:)

※ 「전자정부법」 시행령 제90조제4항에 따른 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보보호법」 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우에 기재하여 주십시오.(동의한 경우 필요 시 기재사항) (□주민등록 □여권 □외국인등록 □운전면허) 번호:

신청인(사업주)

(서명 또는 인)

뒷면도 반드시 기재하여야 합니다.

(필수) 지원대상자 중 사업주(대표자), 사업주(대표자)의 배우자, 직계존비속이 없음을 확인하며, 신청내용에 허위나 거짓이 있을 경우나 부적격자에게 지원금이 지급되거나 잘못 지급된 경우, 지원대상자가 정부 및 지자체 등의 다른 보험료 지원과 중복 수령 시 지원금 전액을 환수하고, 민·형사상 책임을 지는 것에 동의합니다.
 ※ 동의하지 않는 경우 지원금이 지급되지 않습니다. (동의 부동의)

(필수) 타지역으로 사업장을 이전한 경우, 지원금이 자동 종료됩니다. (확인)

신청인(사업주)	년 월 일 (서명 또는 인)
공동신청인(공동사업주)	(서명 또는 인)
대리인	(서명 또는 인)
() 시장·군수 귀하	

공동사업주 현황

번호	성명	생년월일	주 소	휴대전화
			우편번호()	
			우편번호()	

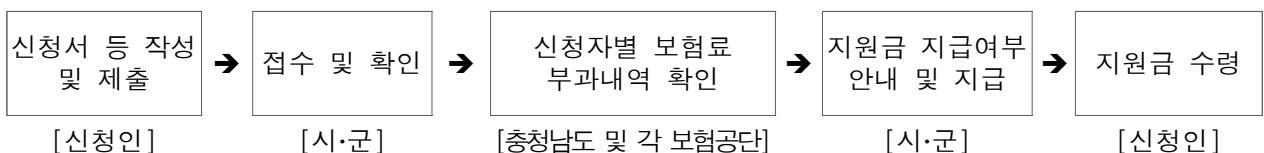
작 성 방 법

- 최초 지원 신청하는 사업장은 신규란에 표기하여 주시고, 기존에 신청했던 사업장 중 변경사항이 있는 사업장은 변경란에 표기하여야 합니다.
 ※ 기존 신청 사업장 중 변경이 없는 사업장은 표기하지 않습니다.
- 사회보험별 사업장 관리번호는 사업장에 따라 모두 동일한 경우도 있고, 각각 부여되어 있는 경우도 있으므로 신청인이 사회보험별로 확인 후 정확하게 기재해야 합니다.
 ※ 국민연금공단(1355) 근로복지공단(1588-0075)
- 지원 신청 대상자는 사업장 소속 근로자 중 월평균 보수액 260만원 미만으로 정부의 두루누리 사회보험 지원을 받고 있으며, 1개월 이상 고용을 유지하고 있는 근로자와 퇴사자(퇴사 전 1개월 이상 고용유지, 두루누리 사회보험 지원 필수)를 포함하여 기재해야 합니다.
- 공동사업주가 있을 경우 뒷면의 공동사업주 현황을 기재하여 주시고, 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 별도로 제출해야 합니다.
- 대리인이 신청하는 경우 사업주(대표자)의 도장, 대리인의 신분증이 필요합니다.

유 의 사 항

- 두루누리 사회보험 지원금을 받은 월에 한하여 충남 소상공인 사회보험료를 지원하며, 두루 누리 사회보험 지원금은 해당 월 보험료를 법정 납부기한까지 완납하여야만 다음 달에 지원됩니다.
 ※ 법정 납부기한 후에 보험료를 완납하여도 두루누리 사회보험 지원금은 지원되지 않습니다.
- 사회보험료가 체납된 사업장은 충남 소상공인 사회보험료 지원을 수령할 수 없습니다.
- 신청 사업장의 신규 입사자가 충남 소상공인 사회보험료 지원 최초 신청 시 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 제출해야 하며, 퇴사자에 대한 지원 신청 시 퇴사자도 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 제출해야 지원이 가능합니다.

처 리 절 차



서식2)

충남 소상공인 사회보험료 지원 체크리스트

- 충남 소상공인 사회보험료 지원사업은 최저임금 인상에 따른 사업주의 경영부담 완화를 위해 충청남도에서 사회보험료 사업주 부담분을 지원하는 사업입니다.
- 본 지원금은 아래 사업장과 근로자 요건을 모두 충족하여야 지급됨을 알려 드리며, 요건 충족 시 굵은 선 안의 체크표시에 진하게 표시해 주시면 됩니다.

<input type="checkbox"/> 사업장 요건	예	아니오
1. 사회보험료 지원 신청을 한 월부터 매월 말일 기준 근로자수가 10인 미만입니다(두루누리 지원 사업장은 10인 미만 사업장으로 판단).		
2. 10인 미만 요건 충족을 위해 인위적 감원이나 사업장을 분할하지 않았습니다.		
3. 임금체불 중 또는 임금체불로 명단 공개중이 아닙니다.		
4. 국가 및 공공기관(정부 또는 지자체 출자출연기관 포함)에 해당하지 않습니다.		
5. 두루누리 지원을 제외한 다른 사회보험료 지원을 받고 있지 않습니다.		
6. 국가나 지자체로부터 최저임금 인상에 따라 추진되는 다른 지원사업으로 재정지원을 받고 있지 않습니다. (일자리 안정자금 지원 제외)		
7. 근로자의 신규 입사 및 퇴사의 경우 각 사회보험별 자격 취득 및 상실 신고와 보수 변경 시 보수월액변경신고 등을 준수하고 있습니다.		
8. 근로자의 입·퇴사, 육아휴직 여부, 사업장 타지역이동, 사업장 양도 등의 사유가 발생한 경우 '변경 신청서'를 제출하며 위 과정이 누락된 경우, 대표자 책임으로 지원금이 지급되지 않을 수 있음을 확인하였습니다.		
9. 부적격자에게 지원금이 지급되거나 잘못 지급된 경우 환수될 수 있으며 충남형 사회보험료 가입이 제한될 수 있음을 확인하였습니다.		
<input type="checkbox"/> 근로자 요건(반드시 개인별로 판단하여야 합니다.)	예	아니오
1. 지원 신청대상 근로자는 월평균 보수액이 260만원 미만이며 정부의 두루누리 지원을 받고 있습니다.		
2. 지원 신청대상 근로자는 모두 1개월 이상 고용을 유지하고 있습니다.		
3. 지원 신청대상 근로자는 사업주, 사업주의 배우자 또는 사업주의 직계존비속이 아닙니다.		
4. 사회보험 가입대상인 근로자는 사회보험(국민·고용)에 가입되어 있습니다.		
5. 기준 근로자는 최소한 전년도 보수수준을 유지하고 있습니다.		
<input type="checkbox"/> 유의사항		
○ 지원기간 동안 새로운 근로계약으로 인해 월평균 보수액이 260만원 이상이 된 근로자는 지원신청 하실 수 없습니다.		
위 내용을 충분히 이해하였으며, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 충남 소상공인 사회보험료 지원 신청을 하여 지원금을 수령할 시 지원금(이자 포함) 환수와 더불어 필요 시 민·형사상 책임을 질 수 있음에 동의합니다.	년 월 일	
신청인(사업주):	(서명 또는 인)	
공동신청인(공동사업주):	(서명 또는 인)	
() 시장·군수 귀하		

서식3)

충남 소상공인 사회보험료 지원 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(근로자용)

개인 정보 수집·이용 내역

항 목	수집 목적	보유 기간
성명, 생년월일, 월 보수액 및 보수총액, 개인별 국민연금·고용보험료 산출·부과·고지·납부내역 및 사회보험료 정부지원 내역, 소속 사업장 관리번호 및 건강보험증 번호	충청남도 국민연금·고용보험 신청(지원) 사업장의 지원 적합여부 및 지원금액 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 개인 및 사업장 정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까?

동의 미동의

개인 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제공 항 목	제공 목적	보유 기간
충청남도 (시·군 포함)	국민연금공단 근로복지공단	성명, 생년월일 사업장관리번호	지원 신청 사업장의 근로자 개인별 보험료 및 사회보험료 지원금 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 충청남도(시군)가 개인 정보를 수집 · 이용하고 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

동의 미동의

개인 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제공 항 목	제공 목적	보유 기간
국민연금공단	충청남도 (시·군 포함)	충청남도가 제공한 사업장 근로자의 개인별 사회보험료 산출·부과·납부내역 및 사회보험료 지원내역(납부내역 제외)	충청남도 사회 보험료 신청 (지원)사업장의 사회보험료 사 업주 부담금 확인에 활용	해당 사업장의 충 청 남 도 사 회 보 험 료 지 원 종 료 시 까 지
근로복지공단		충청남도가 제공한 사업장 근로자의 개인별 사회보험료 산출·부과·사회보험료 지원내역		

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 국민연금공단·근로복지공단이 개인정보를 수집 · 이용하고 제3자에게 제공하는데 모두 동의하십니까?

동의 미동의

년 월 일

사업장명

생년월일

성 명

(서명 또는 인)

충청남도(시 · 군) 및 국민건강보험공단 · 국민연금공단 · 근로복지공단 귀중

서식4)

충남 소상공인 사회보험료 지원 신청을 위한 개인 및 사업장 정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(사업장용)

□ 개인 및 사업장 정보 수집·이용 내역

항 목	수집 목적	보유 기간
사업주 성명, 사업장명, 사업주 연락처(휴대전화 번호), 사업자등록번호(법인등록번호), 사업장 관리번호, 국민연금·고용보험료 가입내역·납부 및 체납내역, 사회보험금 정부지원 내역	충청남도 국민연금·고용보험 신청(지원) 사업장의 지원 적합여부 및 지원금액 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- 위와 같이 개인 및 사업장 정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

□ 개인 및 사업장 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
충청남도 (시·군 포함)	국민연금공단 근로복지공단	사업장명, 사업주 성명, 사업자(법인)등록번호, 사업장 관리번호	지원 신청 사업장의 근로자 개인별 보험료 및 사회보험료 지원금 확인	해당 사업장의 충청남도 국민연금·고용보험 지원 종료 시까지

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- 위와 같이 충청남도(시군)가 개인 정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

동의 미동의

□ 개인 및 사업장 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
국민연금공단 근로복지공단	충청남도 (시·군 포함)	충청남도가 제공한 사업장의 사업주 사회보험료 산출 및 부과·납부내역과 사회보험료 지원내역 및 체납내역	충청남도 사회보험료 신청(지원) 사업장의 사회보험료 사업주 부담금 확인에 활용	해당 사업장의 충청남도 사회보험료 지원 종료 시까지

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- 위와 같이 국민연금공단·근로복지공단이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 모두 동의하십니까?

동의 미동의

□ 중소기업 지원사업 통합관리시스템의 기업정보 수집·조회 및 활용

수집·조회 및 활용 기관	항 목	수집 목적	보유 기간
충청남도(시·군 포함), 중소기업 통합관리시스템 운영기관	(지원이력정보) 기업 식별번호 및 사업 수혜정보 (과세정보 및 행정정보 등) 매출액 등의 재무정보 및 소득세 원천 징수 인원 등 수출·제작·판매·수입· (인증정보) 신청일, 획득일, 유효기간 등	중소기업 지원사업 통합관리시스템에서 신청·지원기업 지원 이력 정보의 수집· 조회 및 활용	사업 신청 이전 3개년부터 참여 이후 5년간 보유

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 국민연금·고용보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

- 위 목적으로 동의서에 적시된 정보 및 기관에 대해 본인의 기업정보를 수집·조회 및 활용하는 것에 동의하십니까?

동의 미동의

2023년 월 일

사업장명 생년월일 성명 (서명 또는 인)
충청남도(시·군) 및 국민연금공단·근로복지공단 귀중

대해서만 신청 가능

서식1)

충남 소상공인 사회보협료 지원을
처음 신청하시는 경우 **신규**란에 체크

충남 소상공인 사회보협료 지원 신청서(신규 변경)

(앞면)

※ 뒷면의 작성방법 및 유의사항을 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

접수번호	접수일				
사업장	사업장 명칭	충남도청		사업자등록번호	305-83-00010
	국민연금 사업장관리번호	30583000100		고용보험 사업장관리번호	30583000100
	※ 사업장관리번호 미기재로 지원금을 지급 받지 못한 경우, 사업주 본인 책임				
	소재지	(32255) 충청남도 홍성군 홍북읍 충남대로 21		전화번호	041-635-0000
				팩스	041-635-0000
	사업주 (대표자)	성명	홍길동		생년월일
	주소	충청남도 홍성군 홍북읍 충남대로 21		휴대전화	010-1111-2222
		이메일	abcd1234@korea.kr		

① 두루누리 지원을 받은 해당 월 기입			지원 신청 근로자				
연번	신청월	성명	생년월일 (8자리)	사회보험 가입 여부		퇴사자 체크	육아 휴직
				국민연금	고용보험		
1	1월 ~ 12월	이순신	19650101	0	0		
2	10월 ~ 12월	유관순	19701112	0	0		
3	10월 ~ 11월	김좌진	20001220	0	0	0	
4	월 ~ 월						
5	월 ~ 월						
6	월 ~ 월					가입된 보험에 체크	
7	월 ~ 월						
8	월 ~ 월						
9	월 ~ 월						

신청인 제출서류	1. 충남 소상공인 사회보협료 지원 신청서(체크리스트 포함) 1부. 2. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 각 1부(사업장용·근로자용).
담당 공무원 확인사항	1. 사업자등록증명 2. 사업장 국민연금보험료 월별납부증명 3. 고용보험료 완납증명원 4. 입금계좌 확인정보(통장사본)

행정정보 공동이용 및 금융정보(입금계좌 확인정보) 제공 동의서

- 본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조 제1항에 따른 행정정보 공동이용을 통하여 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.
* 민원인이 공동이용에 동의하지 아니하는 경우에는 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.
- 본인은 금융기관이 금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령 제8조1항에 따라 입금계좌 확인 정보 (입금이 가능한 계좌인지 여부)를 이용기관에 업무처리 완료시까지 제공하는 것에 동의합니다.
(은행명: **농협은행** 계좌번호: **111-01-123456** 예금주: **홍길동**)

※ 「전자정부법」 시행령 제90조제4항에 따른 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보보호법」 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우에 기재하여 주십시오.(동의한 경우 필요 시 기재사항) (주민등록 여권 외국인등록 운전면허) 번호: **9401016-1000000**

신청인(사업주)

홍길동

(서명 또는 인)

뒷면도 반드시 기재하여야 합니다.

* 두루누리 지원을 받은
근로자에 대해서만 신청 가능

서식1)

충남 소상공인 사회보협료 지원을 이전
분기에 신청하셨던 경우 변경란에 체크

(신규·퇴사자가 있을 때만 작성)

충남 소상공인 사회보협료 지원 신청서(□ 신규 변경)

* 뒷면의 작성방법 및 유의사항을 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

(앞면)

접수번호	접수일			
사업장	사업장 명칭	충남도청	사업자등록번호	305-83-00010
	국민연금 사업장관리번호	30583000100	고용보험 사업장관리번호	30583000100
	※ 사업장관리번호 미기재로 지원금을 지급 받지 못한 경우, 사업주 본인 책임			
	소재지	(32255) 충청남도 홍성군 홍북읍 충남대로 21	전화번호	041-635-0000
			팩 스	041-635-0000
사업주 (대표자)	성 명	홍길동	생년월일	1900.00.00.
	주 소	충청남도 홍성군 홍북읍 충남대로 21		
	호대저하	010-1111-2222	이메일	abcd1234@korea.kr

① 두루누리 지원을 받은 해당 월 기입

연번	지원금 신청월	성 명	생년월일 (8자리)	사회보험 가입 여부		퇴사자 체크	육아 휴직
				국민연금	고용보험		
1	11월 ~ 12월	이순신	19650101	0	0		
2	10월 ~ 12월	유관순	19701112	0	0		
3	10월 ~ 11월	김좌진	20001220	0	0	0	
4	월 ~ 월						
5	월 ~ 월						
6	월 ~ 월						
7	월 ~ 월	③ 두루누리 지원을 받았으나 퇴사한 경우					
8	월 ~ 월						
9	월 ~ 월						

가입된 보험에 체크

신청인 제출서류	1. 충남 소상공인 사회보협료 지원 신청서(체크리스트 포함) 1부. 2. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 각 1부(사업장용·근로자용).
담당 공무원 확인사항	1. 사업자등록증명 2. 사업장 국민연금보험료 월별납부증명 3. 고용보험료 완납증명원 4. 입금계좌 확인정보(통장사본)

행정정보 공동이용 및 금융정보(입금계좌 확인정보) 제공 동의서

- 본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조 제1항에 따른 행정정보 공동이용을 통하여 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.
* 민원인이 공동이용에 동의하지 아니하는 경우에는 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.
- 본인은 금융기관이 금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률 시행령 제8조1항에 따라 입금계좌 확인 정보(입금이 가능한 계좌인지 여부)를 이용기관에 업무처리 완료시까지 제공하는 것에 동의합니다.

(은행명: **농협은행** 계좌번호: **111-01-123456** 예금주: **홍길동**)

* 「전자정부법」 시행령 제90조제4항에 따른 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보보호법」 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다. 이용기관이 요청하는 경우에 기재하여 주십시오.(동의한 경우 필요 시 기재사항) (주민등록 여권 외국인등록 운전면허) 번호: **941016-1000000**

신청인(사업주)

홍길동

(서명 또는 인)

뒷면도 반드시 기재하여야 합니다.

(뒷면)

- (필수) 지원대상자 중 사업주(대표자), 사업주(대표자)의 배우자, 직계존비속이 없음을 확인하며, 신청내용에 허위나 거짓이 있을 경우나 부적격자에게 지원금이 지급되거나 오지급된 경우, 지원대상자가 정부 및 지자체 등의 다른 보험료 지원과 중복 수령 시 지원금 전액을 환수하고, 민·형사상 책임을 지는 것에 동의합니다.
※ 동의하지 않는 경우 지원금이 지급되지 않습니다. (동의 부동의)

- (필수) 타지역으로 사업장을 이전한 경우, 지원금이 자동 종료됩니다. (확인)

공동사업주가 있을 경우 작성	신청인(사업주) 공동신청인(공동사업주)	2023년 7월 일 홍길동 (서명 또는 인)
대리인이 신청할 경우 작성	대리인	홍판서 (서명 또는 인) 한용운 (서명 또는 인)

() 시장·군수 귀하

공동사업주 현황

번호	성명	생년월일	주소	휴대전화
		우편번호()		
		우편번호()		

작성방법

- 최초 지원 신청하는 사업장은 신규란에 표기하여 주시고, 기존에 신청했던 사업장 중 변경사항이 있는 사업장은 변경란에 표기하여야 합니다.
※ 기존 신청 사업장 중 변경이 없는 사업장은 표기하지 않습니다.
- 사회보험별 사업장 관리번호는 사업장에 따라 모두 동일한 경우도 있고, 각각 부여되어 있는 경우도 있으므로 신청인이 사회보험별로 확인 후 정확하게 기재해야 합니다.
※ 국민연금공단(1355) 근로복지공단(1588-0075)
- 지원 신청 대상자는 사업장 소속 근로자 중 월평균 보수액 260만원 미만으로 정부의 두루누리 사회보험 지원을 받고 있으며, 1개월 이상 고용을 유지하고 있는 근로자와 퇴사자(퇴사 전 1개월 이상 고용유지, 두루누리 사회보험 지원 필수)를 포함하여 기재해야 합니다.
- 공동사업주가 있을 경우 뒷면의 공동사업주 현황을 기재하여 주시고, 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 별도로 제출해야 합니다.
- 대리인이 신청하는 경우 사업주(대표자)의 도장, 대리인의 신분증이 필요합니다.

유의사항

- 두루누리 사회보험 지원금을 받은 월에 한하여 충남 소상공인 사회보험료를 지원하며, 두루 누리 사회보험 지원금은 해당 월 보험료를 법정 납부기한까지 완납하여야만 다음 달에 지원됩니다.
※ 법정 납부기한 후에 보험료를 완납하여도 두루누리 사회보험 지원금은 지원되지 않습니다.
- 사회보험료가 체납된 사업장은 충남 소상공인 사회보험료 지원을 받을 수 없습니다.
- 신청 사업장의 신규 입사자가 충남 소상공인 사회보험료 지원 최초 신청 시 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 제출해야 하며, 퇴사자에 대한 지원 신청 시 퇴사자도 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서를 제출해야 지원이 가능합니다.

처리절차

