

부담금 경감내역 통지서

신청 사업주	사업장관리번호		사업장명	
	대표자 성명		사업장 전화번호	
	소재지			
경감 내역	①부담금 비율	②최대 경감률	퇴직급여 지급보장 비율	
			퇴직급여 지급대상 전체 근로자 수	③최종 지급보장 비율 합계
	/1,000	50%	명	%
	④부담금 경감비율 (①×②×③)		⑤적용 부담금 비율 (①-④)	
	/1,000		/1,000	

「임금채권보장법 시행령」 제15조 및 같은 법 시행규칙 제9조에 따라 귀하가 제출하신 부담금 경감 신청은 위와 같이 경감받을 수 있게 되었음을 통지합니다.

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장

직인