

# WE ARE YOUR DOL



## 1. 氏名・住所

「 \_\_\_\_\_ 」  
 \_\_\_\_\_  
 L \_\_\_\_\_ 」

## 公共事業における給与および補足賃金の過少支払いに対する請求 労働法第 220 条

• すべての質問にお答えください。 • 不備のある請求は返却させていただきます。 • 活字体でご記入ください。 • 最寄りの事務所にご郵便ください(宛先の住所は 2 ページに掲載)。

2. 社会保障 番号(任意)	3. 電話番号・住所: 日中: 夜間:	9. この事業の作業開始日:  10. 時給はいくらですか?
4. 雇用主  名前:  住所:  電話番号:  所属していた請負業者 a: <input type="checkbox"/> 元請業者 <input type="checkbox"/> 下請業者 下請業者の場合は、元請業者名:	11. 時間給以外の報酬形式はありましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は具体的に:	12. 賃金はどのような方法で支払われましたか? <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 小切手 <input type="checkbox"/> その他
5. 現場の管理者または監督者:	13. 賃金の一部返還を求められましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は具体的に:	14. 土曜日、日曜日または休日に出勤しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は時給をお答えください: 土曜日 日曜日 休日
6. 苦情内容(賃金の未払い、超過勤務など):	15. 勤務先に福利厚生が整備されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、該当するボックスにチェックマークを入れてください <input type="checkbox"/> 休日出勤手当 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 有給休暇 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他(具体的に):	7. 事業の内容と正確な場所(通り、道路、交差点、市区町村、郡の名称など):    8. 現場での担当業務についてご説明ください(建設様式、使用したブルドーザーなど)。

