

「2026년 일자리창출 소상공인 사회보험료 지원사업」 참여기업 모집 공고

「제주특별자치도 일자리 창출 지원에 관한 조례」 제6조 및 제13조, 「제주특별자치도 소상공인 지원 등에 관한 조례」 제4조에 따라 일자리창출 소상공인 사회보험료 지원사업 참여기업을 아래와 같이 모집 공고합니다.

2026. 1. 26.

제주특별자치도지사

1. 사업목적

- 사회보험 미 가입 노동자의 사회보험 가입을 확대함으로써 사회안전망을 강화하고 사회보험의 사각지대 해소
- 최저임금 인상 등으로 어려움을 겪는 소규모 기업의 노동자 고용 비용을 지원하여 일자리창출 유도

2. 사업개요

- 사업명: 일자리창출 소상공인 사회보험료 지원사업
- 사업기간: '26. 1. ~ 12월 (예산 소진 시 사업 종료)
- 지원대상: 근로복지공단 및 국민연금공단 두루누리 사회보험료 지원사업에 참여하여 지원금(고용보험, 국민연금 동시 지원)을 받고 있는 **제주특별자치도 소재 노동자 10인 미만 기업**
- 지원내용: 신규 채용한 노동자에 대한 두루누리 사회보험료 지원금 외 **사업주 실 부담 사회보험료 전액 지원**
 - ※ 4대 보험(국민연금, 건강·고용·산재보험)에 모두 가입한 노동자
 - ※ 단, 60세이상 노동자인 경우 국민연금에 가입하지 않아도 지원
- 지원범위: 2026년 1분기부터 소급지원*
 - * 2026년 두루누리 사회보험료 지원금(고용보험, 국민연금 동시 지원)을 받은 월에 한하여 소급 지원 가능
- 지원제외 대상
 - 두루누리 사회보험료 지원금을 지원(국민연금, 고용보험 동시 지원) 받지 못하였거나, 4대 사회보험료를 완납하지 않은 기업 (해당 월에 한함)

- 사회적기업 사회보험료 지원 사업 등 국가나 지방자치단체로부터 사회보험료 지원 사업에 참여하여 지원을 받고 있는 기업

※ 중복지원 확인 될 시 기 지원금 환수 조치

- 사업주 본인, 사업신청 전 퇴사 한 노동자

□ 지원기간: 최대 3년(정부 두루누리 사업 지원 기간에 연동)

3. 참여신청

□ 신청기간 : '26. 1. ~ 12월 (예산 소진 시 사업신청 종료)

- 기존 신청했던 기업에서는 별도 신청 필요 없음. 단, 사업장 변경사항(대표자, 사업장관리번호, 주소 변경 등), 노동자 변동사항(신규 채용 또는 퇴사) 발생 시 변경 신청

- 지원 대상 기업으로 선정된 기업은 4대 사회보험료 완납증명서를 제출해야 함 (제출시기: 5월, 8월, 11월, 다음연도 2월)

※ 증명서 발급방법

(국민연금·건강보험) 국민건강보험공단(1577-1000) 전화 신청 및 국민건강보험공단 홈페이지 (<https://www.nhis.or.kr/>) 4대보험 완납증명서 신청

(고용·산재보험) 근로복지공단(1588-0075) 전화 및 근로복지공단 고용·산재보험 토탈서비스 (<https://total.comwel.or.kr/>) 보험료 완납증명서 신청

□ 신청방법: 온라인, 방문, FAX, e-mail 신청

- **온라인 신청:** 제주특별자치도 일자리 지원사업 통합 플랫폼→ 일자리창출 기업 사회보험료 지원(<https://www.jeu.go.kr/jeusupport/index.htm>)
- **방문:** 제주시 신대로 63, 205호(제주특별자치도 노동일자리과)
- **FAX:** 064-710-2559
- **e-mail:** ywh9698@korea.kr

□ 구비서류

- ① [서식1] 일자리창출 소상공인 사회보험료 참여 신청서 1부
- ② [서식2] 일자리창출 소상공인 사회보험료 지원 체크리스트 1부
- ③ [서식3, 4] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 각 1부
- ④ 사업자등록증 사본 1부
- ⑤ 통장사본(기업대표 또는 기업 명의) 1부

4. 지원금 지급

- 지원금 신청: 참여 신청으로 같음(별도 지원금지원 신청 불필요)
- 지원금 지급: 분기별 1회 지급(올해 중 신청하면 전년도 4분기부터 소급지원)

구 분	지원금 지급 월	지원금 지급 대상	
1분기(1~3월분)	5월 말	기 지원 중인 노동자 (별도 지원금 신청 불요)	1분기 신규 참여 신청자
2분기(4~6월분)	8월 말		2분기 신규 참여 신청자
3분기(7~9월분)	11월 말		3분기 신규 참여 신청자
4분기(10~12월분)	다음연도 2월 말		4분기 신규 참여 신청자

※ 단, 예산 사정에 따라 변동 가능성 있음.

- 지급방법: 지원신청 시 제출한 사업주 명의 계좌로 지급

5. 문의처

- 제주특별자치도 노동일자리과 ☎ 064-710-3797

[서식 1]

일자리창출 소상공인 사회보험료 지원사업
참여 신청서 (☐ 신규 ☐ 추가)

신청 기업 (노동자 10인미만 으로 정부의 두루누리 에 가입 한 기업)	기업명(사업장 명칭)		* 사업자등록증과 일치		사업자등록번호						
	사업장관리번호		건강보험		* 보험료 납부고지서 참조		국민연금		* 보험료 납부고지서 참조		
			고용보험		* 보험료 납부고지서 참조		산재보험		* 보험료 납부고지서 참조		
	소재지	()					전화번호				
		* 제주특별자치도 소재 기업에 한하여 신청가능					팩 스				
	대표자	성 명							생년월일		
휴대전화											
계 좌		은행명:				예금주명:				계좌번호:	

지원 신청 노동

연번	성 명	생년월일 (8자리)	입 사 일 (고용보험취득일)	신청기업의 노동자별 사회보험 가입 여부				비고
				필수가입			국민 연금	
				고용 보험	건강 보험	산재 보험		
				가입	가입	가입	가입/미가입	
				가입	가입	가입	가입/미가입	
				가입	가입	가입	가입/미가입	
				가입	가입	가입	가입/미가입	
				가입	가입	가입	가입/미가입	

- 1) 4대 보험에 모두 가입한 노동자에 대한 기업부담 보험료 일부를 지원하는 사업입니다.
2) 사회보험료 지원 체크리스트를 확인 후 신청하시기 바랍니다.
3) 노동자를 신규 추가채용하면 별도 지원 신청해야 지원됩니다.
4) 사업장관리번호가 틀릴 경우 지원금이 지원되지 않습니다.
5) 제주특별자치도의 지원조건(지원지침 참조)이 충족하면 정부의 두루누리 지원기간(최대 3년간) 동안 지원됩니다.

- ※ 구비서류 1. 사업자 등록증 사본 1부.
2. 지원금 수령 통장 사본(기업대표 또는 기업 명의) 1부.
3. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서(기업용) 1부.
4. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서(노동자용) 1부.

거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 일자리창출 소상공인 사회보험료 지원사업 참여 신청을 하여 지원금을 수령할 시 지원금(이자 포함) 환수와 더불어 민·형사상 책임을 질 수 있음에 동의하며 위와 같이 사업 참여 및 지원금 지급을 신청합니다.

년 월 일
신청인(기업대표) (서명 또는 인)

제주특별자치도지사 귀하

접수처: (FAX) 064-710-2559 (방문) 제주특별자치도 신대로 63 205, 제주도청 노동일자리과

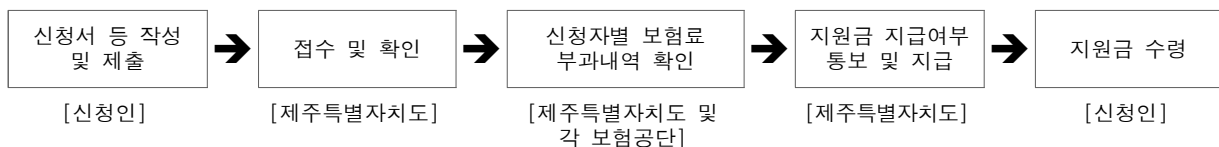
작성방법

1. 4대 사회보험별 사업장관리번호는 기업에 따라 모두 동일한 경우도 있고, 각각 부여되어 있는 경우도 있으므로 신청인이 4대 사회보험별로 확인 후 정확하게 기재해야 합니다.
※ 보험별 사업장관리번호는 보험료 납부고지서에서 확인 가능합니다.
2. 통장계좌의 예금주명은 대표자 또는 기업 명의로 개설되어야 합니다.
3. 지원 신청 대상자는 기업 소속 노동자 중 월평균 보수액 270만원 미만으로 정부의 두루누리 사회보험 지원을 받고 있으며, 1개월 이상 고용을 유지하고 있는 노동자와 퇴사자(퇴사 전 1개월 이상 고용 유지, 두루누리 사회보험 지원 필수)를 포함하여 기재하되, 노동자에 대한 기업 부담 사회보험 가입여부를 체크해야 합니다.

유의사항

1. 사회보험료가 체납된 기업은 제주특별자치도 사회보험료 지원을 받을 수 없습니다.
2. 신청 기업의 신규 입사자가 제주특별자치도 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 반드시 제출해야 합니다.

처리절차



[서식 2]

일자리창출 소상공인 사회보험료 지원 체크리스트

<p><input type="checkbox"/> 제주특별자치도 사회보험료 지원사업은 최저임금 인상에 따른 기업의 경영부담 완화를 위해 사회보험료 기업 부담분을 지원하는 사업입니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 지원금은 아래 기업과 노동자 요건을 모두 충족하여야 지급됨을 알려 드리며, 요건 충족 확인 후 신청바랍니다.</p>		
<input type="checkbox"/> 기업 요건	예	아니오
1. 노동자수 10인 미만기업으로 정부(근로복지공단, 국민연금공단)에서 두리누리 사회보험료(고용보험, 국민연금 동시 지원)를 지원을 받고 있습니다.		
2. 지원 신청대상 노동자에 대한 4대보험(고용보험, 건강보험, 국민연금, 산재보험)에 모두 가입되어 있고, 기업 부담 보험료를 완납하고 있습니다. (단, 60세이상 노동자의 경우 국민연금에 가입하지 않아도 지원대상임)		
3. 노동자의 신규 입사 및 퇴사의 경우 각 사회보험별 자격 취득 및 상실 신고와 보수 변경 시 보수월액변경신고 등을 준수하고 있습니다.		
<input type="checkbox"/> 노동자 요건 (반드시 개인별로 판단하여야 합니다.)	예	아니오
1. 지원 신청대상 노동자는 신규 채용하였습니다.		
2. 지원 신청대상 노동자는 월평균 보수액이 270만원 미만이며 근로복지공단 및 국민연금공단 두루누리 사회보험료(고용보험, 국민연금 동시 지원) 지원을 받고 있습니다. (단, 60세이상 노동자의 경우 국민연금에 가입하지 않아도 지원대상임)		
3. 지원 신청대상 노동자는 모두 1개월 이상 고용을 유지하고 있습니다.		
4. 지원 신청대상 노동자는 4대보험(고용보험, 건강보험, 국민연금, 산재보험)에 모두 가입되어 있습니다. (단, 60세이상 노동자의 경우 국민연금에 가입하지 않아도 지원대상임)		
<p><input type="checkbox"/> 유의사항</p> <p>○ 지원기간 동안 새로운 근로계약으로 인해 월평균 보수액이 270만원 이상이 된 노동자는 지원신청 하실 수 없습니다.</p>		

[서식 3]

일자리창출 소상공인 사회보험료 지원을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(기업용)

아래 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 일자리창출 소상공인 사회보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

1. 개인 및 기업 정보 수집·이용 내역

항 목	수 집 목 적	보 유 기 간
1) 기업(사업장)명, 사업자등록번호, 기업대표자 성명·생년월일·연락처(휴대전화번호) 2) 4대사회보험 가입내역 및 사업장 관리번호, 기업별 사회보험료 납부 및 체납내역, 두루누리 사회보험료 지원 내역	신청 기업의 지원 적합 여부 및 지원 금액 확인	해당 기업에 대한 제주특별자치도의 사회보험료 지원 사업 지원 종료 시까지

☐ 위와 같이 개인 및 기업 정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

☐동의 ☐미동의

2. 개인 및 기업 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
제주특별 자치도	국민건강보험공단 국민연금공단 근로복지공단	기업명, 대표자 성명, 사업자등록번호, 사회 보험 사업장 관리번호	신청 기업에서 부담하는 월별 노동자 개인별 보험료 부과·납부 내역 및 두루누리 사회보험료 지원금 확인	해당 기업에 대한 제주특별자치도의 사회보험료 지원 사업 지원 종료 시까지

☐ 위와 같이 제주특별자치도가 개인 정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

☐동의 ☐미동의

3. 개인 및 기업 정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제 공 항 목	제 공 목 적	보 유 기 간
국민건강보험공단 국민연금공단 근로복지공단	제주특별 자치도	제주특별자치도가 제공한 노동자에 대한 기업 부담 사회보험료 부과·납부내역과 두루 누리 사회보험료 지원내역	신청 기업의 사회보험 기업 부담금 확인 및 제주특별자치도의 사회 보험료 지원금 산출에 활용	해당 기업에 대한 제주특별자치도의 사회보험료 지원 사업 지원 종료 시까지

☐ 위와 같이 국민건강보험공단·국민연금공단·근로복지공단이 개인정보를 수집·이용 하고 제3자에게 제공하는데 모두 동의하십니까?

☐동의 ☐미동의

년 월 일

기업(사업장)명 생년월일 대표자성명 (서명 또는 인)

제주특별자치도, 국민건강보험공단·국민연금공단·근로복지공단 귀중

[서식 4]

일자리창출 소상공인 사회보험료 지원 신청을 위한
개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(노동자용)

아래 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 일자리 창출기업 사회보험료 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 내역

항 목	수 집 목 적	보 유 기 간
성명, 생년월일, 월 보수액 및 보수총액, 기업 부담 사회보험료 산출·부과·고지·납부내역 및 두루누리 사회보험료 지원 내역, 사회보험 취득 및 상실일	제주특별자치도 사회보험료 신청(지원) 기업의 지원 적합 여부 및 두루누리 사회보험료 지원 금액 확인	해당 소속 기업에 대한 제주특별자치도의 사회 보험료 지원 종료 시까지

☐ 위와 같이 개인 정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ☐ 동의 ☐미동의

2. 개인정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제공하는 항목	제공목적	보유기간
제주특별 자치도	국민건강보험공단 국민연금공단 근로복지공단	성명, 생년월일, 개인정보 수집· 이용 및 제3자 제공 동의서	신청 기업이 부담하고 있는 노동자의 월 보수액, 기업 부담 사회보험료 산출·부과 납부내역 및 두루누리 사회 보험지원 내역, 사회보험 취득·상실일 확인	해당 소속 기업에 대한 제주특별자치도의 사회 보험료 지원 종료 시까지

☐ 위와 같이 제주특별자치도가 개인 정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ☐ 동의 ☐미동의

3. 개인정보 제3자 제공 내역

제공하는 자	제공받는 자	제공받는 항목	제공목적	보유기간
국민건강보험공단 국민연금공단 근로복지공단	제주특별 자치도	노동자의 월 보수액 및 보수총액, 노동자별 기업부담 사회보험료 산출·부과·납부 내역 및 두루누리 사회보험료 지원 내역, 사회보험 취득 및 상실일	신청 기업의 사회 보험료 기업 부담금 확인 및 두루누리 사회보험료 지원금액 확인	해당 소속 기업에 대한 제주특별자 치도의 사회보험료 지원 종료 시까지

☐ 위와 같이 국민건강보험공단·국민연금공단·근로복지공단이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하는데 모두 동의하십니까? ☐ 동의 ☐미동의

※ 신청자 및 가구원 고유식별정보를 포함한 개인정보 수집·이용·제공 동의/미동의 자필 서명란

성명	생년월일	핸드폰번호	1. 개인정보 수집·이용	2. 개인정보 제3자 제공	2. 개인정보 제3자 제공	자필 서명
			<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
			<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
			<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
			<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
			<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	

상기 노동자로부터 개인정보 수집·이용·제3자 제공에 대한 동의를 받았음을 확인합니다.

년 월 일

확인자: 기업명 대표자 성 명 (서명 또는 인)
제주특별자치도, 국민건강보험공단·국민연금공단·근로복지공단 귀중