第７号様式（第９条関係）

日野市障害者雇用促進援助金支払請求書

年　　月　　日

（あて先）
日　野　市　長

事業所名
住所　〒

電話番号　　（　　）
代表者職・氏名　　印

日野市障害者雇用促進援助金支給要綱に基づき、援助金の支払を請求します。

記

1.請求金額

									円

2.請求内訳

月　　別	月　別　支　給　額　計
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
総　　計	円

3.対象障害者の雇用実績

別添「日野市障害者雇用促進援助事業実績報告書」のとおり。

4.振込先

日野市登録番号