

第1号様式(第5条関係)

日野市障害者雇用促進援助金支給申請書

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

日野市障害者雇用促進援助金支給要綱に基づき、下記の障害者の雇用について援助の申請をします。

記

事業主	ふりがな 事業所名	
	住 所	〒
	雇用保険適用事業所番号	— —
	事業所規模	人
	助成金受給状況	① 特定求職者雇用開発助成金 ② 重度中途障害者職場適応助成金 ③ 報奨金 ④ 受給無し
雇用障害者	ふりがな 障害者氏名	
	住 所	〒
	生年月日・年齢	年 月 日 ()歳
	障害種別・手帳等級発行団体・手帳番号	身体・知的・精神 ()級・度 ()都・道・府・県・市 第()号
	雇用契約年月日	年 月 日
	雇用開始年月日	年 月 日

添付書類) 1 雇用障害者の手帳(写) 2 出勤簿又はタイムカード(写) 3 労働者名簿(写)
4 賃金台帳(写) 5 労働保険料確定申告書及び領収書(写) 6 雇用契約書(写)

※行政記入欄	認定番号 — 号
--------	----------