様式第1(第6条関係)

稲沢市障害者特別雇用奨励金支給申請書

年　　月　　日

　稲沢市長　　殿

所在地

事業所名

代表者氏名

　次のとおり、稲沢市障害者特別雇用奨励金支給要綱第6条により奨励金の支給を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請金額 | 円 | 内訳 | 月額　　　　　円×　か月 |
| 雇用年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 支給対象期間 | 　　　　年　　　月～　　　　　年　　　月 |
| 雇用した障害者 | 住所 |  稲沢市 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 身体障害者手帳 | 　 種　　級　 手帳番号　　　　　　第　　　　　号　　　　　 手帳交付年月日　　　年　　　月　　　日 | 重度中度軽度 |
| 療育手帳 | 判定　 　　　手帳番号　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　手帳交付年月日　　 年　 　月　 　日 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 　　　 　　　手帳番号　　　　　　 　　　　 号　　　　級　　手帳交付年月日　　　年　　　月　　　日 有効期限　　　　　　年　　　月　　 日 |
| その他 | 　 |
| 支払方法 | 金融機関名 | 　　　　　　　銀行・金庫・農協 | 本支 | 店 |
| 口座 | 　普通預金・当座預金　　　　　　　第　　　　　　　　号 |
| 名義 | 　 |
| 備考 | ※　添付書類　特定求職者雇用開発助成金受給資格決定通知書の写し(愛知労働局長発行) |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。