

申請書・内訳書記載例

第1号様式（第6条関係）

厚木市障害者雇用奨励交付金交付申請書		
		年 月 日
厚木市長	申請者 所在地	
	事業所名及び代表者氏名	
	電話	
厚木市障害者雇用奨励交付金交付要綱第6条の規定に基づき、交付金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。 なお、同要綱第3条第4号の規定に基づく交付決定に必要な市税の納付状況について、調査を受けることに同意します。		
区分	事業所全体	左の内市内事業所分
1 所在地		
2 名称		
3 事業の種類		
4 事業開始年月日	年 月 日	年 月 日
5 従業者数 (うち雇用障害者数)	人 () 人 雇用率 (%)	人 () 人 雇用率 (%)
6 交付対象 障害者数 (交付金対象の障害者数を記入してください。)	身体障害者数 (うち重度障害者数)	
	人 () 人	
	知的障害者数	
	人	
7 交付申請額	精神障害者数 (注) 手帳所持者のみ	
	人	
8 情報公開の同意	事業所名、所在地及び電話番号の一般市民への情報公開について、 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	

※ 訂正がある場合は、訂正を要する部分に二線を朱書きし、その二線の側に申請者本人の署名をし、正書することにより対応することとします。ただし、様式に申請等を行う本人の押印(法人の場合にあっては、代表者印による。)がされている場合については、署名に代えて同一の印鑑による押印をすることによっても対応可能とします。
※ 修正液等は使用できません。

- ←事業所全体で常用雇用従業者数が301人以上の場合、申請できません。
- ←交付対象者となる人数のみ記入してください。
- ←情報公開について、いずれかにチェックしてください。

事業所名：株式会社 厚木製作所

障 害 者 の 状 況	(1)	氏名	〇〇 〇〇		
		住所	厚木市中町3-17-17		
		雇用開始年月日	平成15年 8月 1日		
		障害者の別	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者		
		障害の等級及び障害者手帳番号	2級 神奈川県 第〇〇〇〇〇〇号		
		※ 可否判定	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>	※交付開始年度
	(2)	氏名			
		住所			
		雇用開始年月日	年 月 日		
		障害者の別	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者		
		障害の等級及び障害者手帳番号	級 第 号		
		※ 可否判定	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>	※交付開始年度
(3)	氏名				
	住所				
	雇用開始年月日	年 月 日			
	障害者の別	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
	障害の等級及び障害者手帳番号	級 第 号			
	※ 可否判定	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>	※交付開始年度	平成 年度
(4)	氏名				
	住所				
	雇用開始年月日	年 月 日			
	障害者の別	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者			
	障害の等級及び障害者手帳番号	級 第 号			
	※ 可否判定	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>	※交付開始年度	平成 年度

内訳書が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

←記入しないでください。

提出書類

- 厚木市障害者雇用奨励交付金交付申請書
- 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
- 雇用保険被保険者証の写し
- 障害者雇用内訳書
- 役員等一覧表
- 請求書

※印の欄は記入しないでください。

※ 交付金額ページ小計

←記入しないでください。