

障害者雇用内訳書

				事業所名	株式会社〇〇	
氏 名				事業所名を記入してください。 厚木 一郎		
住 所				×××-××× 神奈川県厚木市〇〇××		
雇用開始年月日				令和5年4月1日		
雇用保険被保険者証の「資格取得年月日」を必ず確認し、記入してください。 ※1年以上継続して勤務している障害者が対象です。				☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者		
				1級 第〇〇〇〇〇〇号		
対 象 障 害 者 情 報	職員 入力用	可否 判定	可 ☐ 否 ☐	交付開始 対象期間	年度 年度から 年度	交付額 記入不要 万円
	氏 名			厚木 二郎		
	住 所			△△△-△△△ 神奈川県厚木市■●××		
	雇用保険資格取得年月日			令和4年4月1日		
	障害者の別			☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者		
	障害の等級及び障害者手帳番号			B1 第×××××××号		
	職員 入力用	可否 判定	可 ☐ 否 ☐	交付開始 対象期間	年度 年度から 年度	交付額 記入不要 万円
	氏 名			厚木 三郎		
	住 所			★★★★-★★★★ 神奈川県横浜市◆◆区▽▽		
	雇用保険資格取得年月日			平成29年4月1日		
	障害者の別			☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者		
	障害の等級及び障害者手帳番号			3級 第■●■●■●■●号		
	職員 入力用	可否 判定	可 ☐ 否 ☐	交付開始 対象期間	年度 年度から 年度	交付額 記入不要 万円
	氏 名					
	住 所					
雇用保険資格取得年月日						
障害者の別			☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者			
障害の等級及び障害者手帳番号						
職員 入力用	可否 判定	可 ☐ 否 ☐	交付開始 対象期間	年度 年度から 年度	交付額 記入不要 万円	
※ 交付金額ページ小計 記入不要 万円						

※下記内容に同意を得ている場合、対象障害者の住民票の添付は不要です。

上記のうち市内居住者につきましては、産業振興課が市内に住民登録していることを住民登録担当課に確認することについて

☐ 同意を得ています。 ☐ 同意を得ていません。

同意を得ている場合は、対象障害者の住民票の提出は不要です。

令和8年8月1日

(宛先) 厚木市長

住所又は所在地 厚木市中町△△△△

事業所名 株式会社〇〇

氏名又は代表者名 代表取締役 厚木 太郎