様式第１号

熊本市障がい者・母子家庭の母等雇用奨励金

交付申請書

　　年　　月　　日

熊本市長　（宛）

所　　在　　地

申請人事業所名

事　業　主　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

熊本市障がい者・母子家庭の母等雇用奨励金交付要綱第６条に基づき、奨励金の交付を受けたいので申請します。

障がい者・母子家庭の母等雇用奨励金

|  |  |
| --- | --- |
| 対象労働者  の種類 | 重度障がい者（　身　体　・　知　的　）  そ　 の 　他（　身　体　・　知　的　・　精　神　）障がい者  母子家庭の母等 |
| 申請期間  (支給対象となる期間) | （１）　　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日  （２）　　　　　年　　　　月　　　　日　　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申請額 | ＠４，０００× 　　　 月× 　　　 人　金　 　　　　　　円（対象労働者　　　名分）  ＠６，０００× 　　　 月× 　　　 人　金　 　　　　　　円（対象労働者　　　名分） |
| 添付書類 | ・国の特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）支給決定通知書の写し  ・対象労働者の住民票（発行後３か月以内） |

奨励金の合計額　　　　　　　　　円