対象労働者の内訳（太枠内を記入して下さい。）

（１）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　対象労働者氏名 | | ②　生年月日 | | ③　住　　所 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  （男･女） | | 年　　月　　日 | |  | |
|  | |
| ④　対象労働者種別（いずれかに○印） | | | | | |
| 身体障がい者　　･　　知的障がい者　　・　　精神障がい者　　・　　母子家庭の母等 | | | | | |
| ⑤　雇用年月日及び雇用期間 | | | | | ⑥　異動内容（退職理由等） |
| 年　　月　　日雇用～在職中又は　　　年　　月　　日　退職 | | | | |  |
| ⑦国の助成金等の支給決定  年月日とその支給番号 | 認定欄（交付対象期間、支給金額の欄は記入しないでください。） | | | | |
| 年 　　月 　　日 | 交付対象期間 | | 年　　月から　　年　　月まで（　　）月間 | | |
| 支 給 金 額 | | 計　　　　　　　　　 円 | | |
| 第　　　　　　　　　　号 |

　（２）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①　対象労働者氏名 | | ②　生年月日 | | ③　住　　所 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  （男･女） | | 年　　月　　日 | |  | |
|  | |
| ④　対象労働者種別（いずれかに○印） | | | | | |
| 身体障がい者　　･　　知的障がい者　　・　　精神障がい者　　・　　母子家庭の母等 | | | | | |
| ⑤　雇用年月日及び雇用期間 | | | | | ⑥　異動内容（退職理由等） |
| 年　　月　　日雇用～在職中又は　　　年　　月　　日　退職 | | | | |  |
| ⑦国の助成金等の支給決定  年月日とその支給番号 | 認定欄（交付対象期間、支給金額の欄は記入しないでください。） | | | | |
| 年 　　月 　　日 | 交付対象期間 | | 年　　月から　　年　　月まで（　　）月間 | | |
| 支 給 金 額 | | 計　　　　　　　　　 円 | | |
| 第　　　　　　　　　　号 |

* ⑥「異動内容」は、対象労働者の退職理由、住所変更、改姓（名）、休職等の異動が生じた場合、

その内容と異動年月日を記入してください。

※　対象労働者が３名以上の場合は、コピーしてください。