

記 載 例

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 熊本市〇区〇〇 △丁目△番△号
申請人事業所名 株式会社 〇〇〇〇〇
事 業 主 名 代表取締役 〇〇 〇〇

代表
取締役
印

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 1 人当たり月額 4,000 円
ただし、重度障がい者は 1 人当たり月額 6,000 円

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) 〇〇 年 〇 月 〇 日 ～ △△ 年 △ 月 △△ 日 (2) 年 月 日 ～ 年 月 日
申 請 額	@ 4,000 × 6 月 × 1 人 金 24,000 円 (対象労働者 1 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 24,000 円

記載例

対象労働者の内訳（太枠内を記入してください。）

(1)

① 対象労働者氏名	② 生年月日	③ 住 所
フリガナ ○○○ ○○○ ○○ ○○ (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
第 0000 - 0000000 - 0 号	支 給 金 額	計 円

(2)

① 対象労働者氏名	② 生年月日	③ 住 所
フリガナ (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
第 号	支 給 金 額	計 円

※ 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。

記載例

請求書

年 月 日

熊本市長様

申請書の奨励金の合計額の額

金額	¥	2	4	0	0	0
----	---	---	---	---	---	---

年 月 日熊本市指令（経政）第 号にて決定された熊本市障がい者・母子家庭の母等雇用奨励金として上記のとおり請求いたします。

住 所 熊本市□区○○ △丁目△番△号
事業所名 株式会社 ○○○○○
代表者氏名 代表取締役 ○○ ○○
電話番号 (000) 000 - 0000



振込先

金融機関名	○○○	銀行 金庫	△ △	支店
口座の種別	当座・普通	口座番号	0 0 0 0 0 0 0	
口座名義	フリガナ か)○○○○○ 株式会社 ○○○○○			

記載例

担当課

経済政策課

市税滞納有無調査承諾書

熊本市障がい者・母子家庭の母等雇用奨励金申請に伴い、熊本市市税（延滞金含む）滞納の有無を調査されることを承諾します。

年 月 日

熊本市長 宛

申請者 所在地又は住所 熊本市〇区〇〇 △丁目△番△号

フリガナ カブシカイシャ 〇〇〇〇〇

商号又は名称 株式会社 〇〇〇〇〇

フリガナ ダイョウトリマリアク 〇〇〇 〇〇〇

代表者職氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

代表
取締役
印

法人登録をされていない個人事業所は、
代表者の住民票上の住所を記載してくだ
さい。

納税課確認欄

申請者

1. 滞納なし

2. 滞納あり 市民税(特徴・普徴) ・ 固定資産税 ・ 法人市民税
軽自動車税 ・ 事業所税 ・ 特別土地保有税
その他 ()

3. 滞納あり (分割納付約束履行中)

(滞納解消予定時期 年 月 日)

上記のとおり確認しました。

年 月 日

納 税 課 長

記載例

障がい者が対象労働者である場合は、次の書類を提出してください。

就労継続支援A型支給決定有無調査承諾書

熊本市障がい者・母子家庭の母等雇用奨励金の申請に伴い、対象労働者の申請期間（支給対象となる期間）における、就労継続支援A型に係る訓練等給付費の支給決定の有無を調査されることを承諾します。

年 月 日

熊本市長 宛

申請者

所在地又は住所

熊本市〇区〇〇 △丁目△番△号

フリガナ

カブシカイシャ 〇〇〇〇〇

商号又は名称

株式会社 〇〇〇〇〇

フリガナ

ダイョウトリヤマヤ 〇〇〇 〇〇〇

代表者職氏名

代表取締役 〇〇 〇〇

電話番号

(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

代表
取締役
印

法人登録をされていない個人事業所は、代表者の住民票上の住所を記載してください。

対象労働者

住所

熊本市〇区〇〇 △丁目△番△号

フリガナ

〇〇〇〇〇

氏名

〇〇〇〇〇

生年月日

□□〇〇年 △△月 △△日

申請期間（支給対象となる期間）

年 月 日 ～ 年 月 日