

熊本市障がい者・母子家庭の母等・高齢者雇用奨励金
交付申請書

年 月 日

熊本市長 (宛)

〒
所 在 地
フリガナ
申請人事業所名
フリガナ
事業主名 (印)

熊本市障がい者・母子家庭の母等・高齢者雇用奨励金の交付を受けたいので、熊本市市税（延滞金含む）滞納の有無その他交付確認に必要な事項について調査されることを承諾し、熊本市障がい者・母子家庭の母等・高齢者雇用奨励金交付要綱第 6 条に基づき申請します。

勤 務 先	所在地： 名 称：
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 高齢者
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, 0 0 0 × ____月× ____人 金____円（対象労働者____名分） @ 6, 0 0 0 × ____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（特定就職困難者コース又は成長分野等人材確保・育成コース）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