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

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。