

様式第8号(第13条関係)

障害者雇用促進事業補助金異動届

年 月 日

(宛先)藤岡市長

所在地
名 称
代表者 職・氏名 (印)
電話番号 ()

藤岡市障害者雇用促進事業補助金交付要綱第13条の規定により、雇用する障害者又は事業所に関する異動について次のとおり届け出ます。

雇用する障害者の氏名	
支給対象期間	年 月 日～ 年 月 日
1 異動内容	
雇用する障害者の氏名の変更	
雇用する障害者の住所の変更	
雇用関係	1 退職 2 転職 3 その他()
障害者手帳内容	1 認定喪失 2 その他()
事業所の名称の変更	
事業所の所在地の変更	
事業所の状況	1 閉鎖 2 統合(統合先：) 3 従業員が46人以上になった 4 その他()
2 異動理由	
3 異動年月日	年 月 日