

様式第1号(第6条関係)

障害者雇用促進事業補助金交付申請書

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6条の規定により、次の障害者の雇用について補助金の申請をします。

事業所	名称・フリガナ	
	所在地	〒
	雇用保険適用事業所番号	— —
	事業所規模	人
	他の制度による助成金受給状況	1 特定求職者雇用開発助成金(第4条第2項第1号関係) 2 重度中途障害者職場適応助成金(第4条第2項第2号関係) 3 その他() 4 1~3の受給無
雇用する障害者	氏名・フリガナ	
	住所	〒
	生年月日・年齢	年 月 日 ()歳
	障害種別・手帳等級・発行団体・手帳番号	身体・知的・精神 ()級・度 ()都・道・府・県・市 第()号
	雇用契約年月日	年 月 日
	雇用開始年月日	年 月 日

添付書類 雇用する障害者の障害者手帳の写しと任意雇用確認書