

様式第5号(第9条関係)

障害者雇用促進事業補助金実績報告書

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支給事業交付要綱第9条の規定により、障害者の雇用実績について次のとおり報告します。

雇用する障害者の氏名	交付決定年月日決定番号(文書番号)			交付対象期間			交付開始年月日			
	年 第	月	日 号	年 ~年	月	日	年	月	日	
	賃金支給状況(※1)			対象金額(左欄の1/2)			補助金額(※2)			備考
月	円			円			円			
月	円			円			円			
月	円			円			円			
月	円			円			円			
月	円			円			円			
月	円			円			円			
合計	円			円			円			

(※1) 月別の賃金総額を記入して下さい。(通勤手当等の諸手当を含む。ただし、賞与は除く。)

(※2) 対象金額(例月給与×1/2)と27,000円を比較していずれか少ない額を記入して下さい。ただし、月ごとに1,000円未満は切り捨てること。

- 添付書類) 1 出勤簿又はタイムカード(写し)
2 賃金台帳(写し)