第１号様式(第６条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害者雇用報奨金交付申請書  年　　月　　日  (宛先)座間市長  　　　　所在地  　　　　事業所名  申請者  　　　　代表者名　　　　　　　　　　㊞  　　　　電話番号  次のとおり申請します。 | | |
| 事業の種類 | |  |
| 事業を開始した年月日 | | 年　　月　　日 |
| 資本金(法人のみ) | | 円 |
| 常用雇用従業員総数 | | 人 |
| 常用雇用  障害者数 | 市内に住所を有する者 | 人 |
| 市内に住所を有しない者 | 人 |
| 雇用率 | | ％ |
| 申請額 | | 円 |

第2号様式(第6条関係)

障害者雇用報奨金交付対象者名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 雇用開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害者の別 | □　身体障害者　　□　知的障害者　　精神障害者 |
| 障害の等級及び手帳番号 | 級　　　　　第　　　　号 |
| 2 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 雇用開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害者の別 | □　身体障害者　　□　知的障害者　　精神障害者 |
| 障害の等級及び手帳番号 | 級　　　　　第　　　　号 |
| 3 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 雇用開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害者の別 | □　身体障害者　　□　知的障害者　　精神障害者 |
| 障害の等級及び手帳番号 | 級　　　　　第　　　　号 |
| 4 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 雇用開始年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害者の別 | □　身体障害者　　□　知的障害者　　精神障害者 |
| 障害の等級及び手帳番号 | 級　　　　　第　　　　号 |

注)　1　8月1日現在の、状況を記入してください。

　 　2　市内の事業所に、常用雇用されている障害者のみ記入してください。