別記様式（第５条関係）

**駒ヶ根市障がい者雇用奨励金交付申請書**

令和　　年　　月　　日

　（申請先）駒ヶ根市長

　　　　　（商工観光課）

 　 　　 　　　 　 申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

 　 　　 　　　　　　代表者　　 　　　　　　　　　　印

連絡先　　（　　　）　　　－

下記のとおり、駒ヶ根市障がい者雇用奨励金の交付を受けたいので申請します。

記

１　交付申請額　　　１００，０００円

２　雇用関係

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所概要 | 業　種 |  |
| 従業員数 | 人 | 障害雇用率 |  |
| 氏名 |  |
| 障がいの区分 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　（満　　　歳） |
| 雇用年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 雇用期間（予定） | ■ 　　　　　年　　　月　　　日まで■ 定めなし |
| 賃金 | 月給 ・ 時給　　　　　　　　　　　　円 |
| 職種（仕事内容） |  |
| 勤務場所（申請者所在地と勤務場所が異なる場合） | 所在地 |  | 事業所名 |  |

■添付書類：出勤簿の写し（直近１ヶ月）

障がい者手帳の写し

公共職業安定所又は長野県からの通知書の写し

障害者雇用状況報告書の写し

■申請期限：令和　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日

　　　（雇用した日から１年経過後１ヶ月以内）

■申 請 先：駒ヶ根市 産業部 商工観光課 商業係　TEL 0265-83-2111（内線431）