（様式第１号）

伊丹市障害者雇用奨励金支給申請書

　　年　　月　　日

伊丹市長　様

所 在 地

事業所名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　印

電　　話

　伊丹市障害者雇用奨励金支給要綱第６条に基づき、次のとおり申請します。

なお、奨励金支給期間終了後においても継続して雇用します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業内容 |  | | | | | | |
| 従業員数 | 名 | | | | | | |
| 対象労働者氏名 |  | | 職　　種 | | |  | |
| 雇用年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 仕事の内容  ［具体的に］ |  | | | | | | |
| 住所 | 伊丹市 | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 年　齢 | | | 歳 |
| 障害の種別 |  | 特開金の受給開始月と全期数 | | | 年　　月・　　　期 | | |

　　　作成者氏名