

様式第1号

年 月 日

伊丹市障害者職場実習助成金交付申請書

伊丹市長 様

申請者

住所

氏名 (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

電話番号

伊丹市障害者職場実習助成金交付要綱第4条の規定により、職場実習助成金の交付を受けたいので、職場実習実績報告書を添えて、次のとおり申請します。

職場実習助成金交付申請額 金 円

様

伊丹市長

伊丹市障害者職場実習助成金交付可否決定通知書

年 月 日付けで申請のありました職場実習助成金の交付について、下記のとおり決定しましたので、伊丹市障害者職場実習助成金交付要綱第5条の規定により通知します。

記

1 助成の可否 (可 ・ 否)

2 職場実習助成金交付決定額 金 円

職場実習 (日間) に対する伊丹市障害者職場実習助成金

3 否決の理由

様式第3号

年 月 日

伊丹市長 様

申請者

住所

氏名 _____ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

伊丹市障害者職場実習助成金請求書

金 _____ 円

職場実習（ 日間）に対する伊丹市障害者職場実習助成金として上記のとおり請求します。

（振込先）

銀行名・支店名	
（フリガナ） 口座名義人	
口座種別	普通・当座・その他 ()
口座番号	

職場実習実績報告書

実習者	住 所	
	氏 名	
実習場所		

< 実習日時及び内容 >

	実習月日（曜日）	実習時間	実習内容
1	月 日（ ）	: ~ :	
2	月 日（ ）	: ~ :	
3	月 日（ ）	: ~ :	
4	月 日（ ）	: ~ :	
5	月 日（ ）	: ~ :	
6	月 日（ ）	: ~ :	
7	月 日（ ）	: ~ :	
8	月 日（ ）	: ~ :	
9	月 日（ ）	: ~ :	
10	月 日（ ）	: ~ :	
11	月 日（ ）	: ~ :	
12	月 日（ ）	: ~ :	
13	月 日（ ）	: ~ :	
14	月 日（ ）	: ~ :	

上記実習者に係る職場実習については、上記のとおりです。

年 月 日

実習先企業等 所在地

名称

⑩

担当者 氏 名
 連絡先