（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