

障害者雇用奨励金交付申請書

年 月 日

三原市長 岡田吉弘 様

郵便番号 〒

住 所 _____

名 称 _____

代表者名 _____ (印)

電話番号 _____

三原市障害者雇用奨励金交付要綱第6条の規定による障害者雇用奨励金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

障害者雇用奨励金交付申請額 金 _____ 円 (30,000円/月× 月)

対象事業所	住所
	氏名
対象雇用者	住所
	氏名
新規雇用年月日	年 月 日
障害者雇用奨励金 受給資格事業者認定 番号	三商指令第 号
私は事業主より奨励金の申請及び関係書類の提出について説明を受け、了承しました。 年 月 日 氏 名 (印)	

<添付書類> 出勤状況及び賃金支給状況の確認のできる書類