

東大阪市トライアル雇用支援金支給申請書

年 月 日

(あて先)東大阪市長

〒
所在地

(事業主) 事業所名
フリガナ

代表者名

生年月日 年 月 日

電話

東大阪市トライアル雇用支援金支給要綱第6条に基づき、支援金の支給を次のとおり申請します。

1. 申請金額

--	--	--	--	--

 円

2. 支給対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 雇用した対象労働者氏名等

フリガナ	
氏名	
住所	東大阪市
生年月日	年 月 日生 (満 歳)
種別 (いずれかに○)	1. 一般トライアルコース 2. 障害者トライアルコース 3. 障害者短時間トライアルコース 4. その他()
雇用年月日	年 月 日
職務内容	
勤務地	<input type="checkbox"/> 申請事業所と同じ(記入不要) <input type="checkbox"/> 異なる 東大阪市
トライアル雇用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
確認事項	①私は、東大阪市暴力団排除条例第2条第1項第2号及び第3号に掲げる暴力団員及び暴力団密接関係者のいずれにも該当しません。 ②私は、暴力団員及び暴力団密接関係者の該当の有無を確認するため、東大阪市から暴力員等照会同意書(様式第5)の提出を求められたときは、速やかに提出します。 ③暴力員等照会同意書(様式第5)に記載のある事項に基づいて、東大阪市長から警察署長へ照会する機会があることに同意します。 <input type="checkbox"/> 上記①から③の内容を確認しました(☑をつけてください)。

4. 添付書類
- 「トライアル雇用実施計画書」又は「トライアル雇用実施連絡票」の写し
 - 「トライアル雇用助成金支給決定通知書」の写し
 - 「雇用契約書」又は「労働条件通知書」の写し
 - 「支援金支給対象労働者の出勤簿等」の写し

事務担当者名 氏名	所属
連絡先電話番号 ()	