

東大阪市障害者雇用奨励金支給申請書

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

東大阪市障害者雇用奨励金支給要綱第6条に基づき、奨励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. 雇用した障害者氏名等

フリガナ	
氏名	
住所	東大阪市
生年月日	年 月 日生 (満 歳)
障害の種別	身体障害者・知的障害者・精神障害者・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
特定求職者雇用開発助成金の受給期間	年 月 日 ~ 年 月 日
確認事項	<p>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。</p> <p>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7)の提出を求められたときは、速やかに提出します。</p> <p>③暴力員等照会同意書(様式第7)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場合があることに同意します。</p> <p><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)。</p>

4. 添付書類
- 特定求職者雇用開発助成金(特定就職困難者コース) 第1期 支給決定通知書の写し
  - 適応訓練実績報告書の写し  
(大阪府職場適応訓練委託規則第15条に規定する報告書の写し又は障害者能力開発訓練施設等の修了証明書等の写し)

事務担当者	氏名	所属
	連絡先電話番号	( )