

様式第1号（第7関係）

年 月 日

（申請先）茨木市長

所在地
名称
代表者氏名

印

※自署の場合は押印不要

茨木市障害者雇用奨励金支給申請書

茨木市障害者雇用奨励金の支給を次のとおり申請します。

1 雇用した障害者氏名等

- (1) 氏名
- (2) 住所
- (3) 生年月日 年 月 日
- (4) 障害の程度 重度身体（短時間該当 有・無）

重度知的（短時間該当 有・無）

知的〔 45歳以上・45歳未満 〕
〔 短時間該当 有・無 〕

- (5) 雇用した日 精神（短時間該当 有・無）
年 月 日

2 事業規模 従業員数 人

3 支給申請額 円

4 支給対象期 年 月 ～ 年 月（第 期）

5 添付資料

- (1) 特定求職者雇用開発助成金支給決定通知書（最終期分）の写し
- (2) 給与の支払を確認できる書類
- (3) 支給要件を確認できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類