

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) 障害の程度等 重度身体・重度知的（短時間該当 有・無）
知的・精神
- (4) 雇用した日

2 事業規模 従業員数 人

3 支給申請額 円

4 支給対象期間及び支給対象期

支給対象期間	支給対象期		
年 月 日から 年 月 日まで	第1期	年 月 日から 年 月 日まで	
	第2期	年 月 日から 年 月 日まで	
	第3期	年 月 日から 年 月 日まで	

注 具体的な日付を記入し、今回該当する支給対象期を○印で囲んでください。

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