

茨木市障害者雇用奨励金支給要件確認書

①申請事業主	(フリガナ) 名 称	
	所 在 地	〒
	代 表 者 氏 名	
	電 話 番 号	
	従 業 員 数	
②対象労働者 を雇用する事 業所 (①と同じ場 合は記入不要)	(フリガナ) 名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
③対象労働者	氏 名	
	住 所	〒
	生 年 月 日	年 月 日
	被 保 険 者 番 号	
	雇 入 日	年 月 日
	離 職 日 及 び 離 職 理 由	年 月 日 (離職理由)
	雇 入 経 緯	ハローワーク・民間職業紹介事業所等
障 害 の 程 度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重度身体障害者 (短時間該当 有・無) ・ 重度知的障害者 (短時間該当 有・無) ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 	
④ 特定求職者雇 用開発助成金	この雇用に関する特定求職者雇用開発助成金の支給対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
記載内容に相違ありません。 また、記載内容について調査することに同意します。 年 月 日 対象労働者氏名 印 ※自署の場合は押印不要		
記載内容に相違ありません。 また、記載内容について調査することに同意します。 年 月 日 所 在 地 名 称 代 表 者 氏 名 印 ※自署の場合は押印不要		

担当者氏名		TEL	
-------	--	-----	--