

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

川越市障害者雇用奨励金交付申請書

川越市長

申請者
住 所
事業者名
代表者名
電話番号

川越市障害者雇用奨励金の交付を受けたいので、川越市障害者雇用奨励金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により申請いたします。

障害者を 雇用する 事業所等	名 称	
	所在地	
	営む主な事業	
	従業員数 (うち障害者数)	人 (人)

雇用した 障害者	氏 名	
	住 所	川越市
	障害の区分	身体障害者、重度身体障害者、知的障害者 重度知的障害者、精神障害者
雇用開始日		年 月 日
1 週間当たりの労働時間		時間

奨励金交付申請額	円
----------	---

対象労働者の申請回数	回目 / 2 回
------------	----------