

記入例

第1号様式（第5条関係）

海老名市長 殿

令和 年 月 日

日付は空欄でご提出ください。

事業所所在地 **海老名市勝瀬175番地の1**

事業所名 **(株)海老名市役所**

電話番号 **046-235-4843**

代表者

氏名 ふりがな **代表取締役 えびな 海老名 いちろう 一郎**

住所 **海老名市勝瀬175番地の1**

生年月日 **昭和 ○年 □月 △日生**

令和5年度海老名市障がい者雇用促進奨励補助金交付申請書

海老名市障がい者雇用促進奨励補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

申請額 円

金額は未記入でお願いします。

※暴力団員でないことを確認するため、本申請に記載された個人情報を神奈川県警察本部に照会することについて同意します。

記入例

第2号様式（第5条関係）

障がい者雇用状況報告書

(事業所用)

事業所名	(株)海老名市役所			代表者氏名	海老名 一郎
住所又は所在地	海老名市 勝瀬175番地の1			資本金又は出資金総額	10,000,000 円
事業開始年月日	昭和46年11月1日			業種	製造業
常用雇用従業員数	20 人	性別内訳	男性(10人) 女性(10人)	取引金融機関	海老名 銀行・信用金庫 勝瀬 支店 普通・当座 口座番号 No 0123456
連絡先部署名	経済環境部	担当者名	海老名 次郎	電話番号	046(235)4843
交付の対象	(1) 補助金を受けようとする際、現に市内で継続して事業を営んでいること。 (2) 障がい者を6月以上、かつ、週20時間以上常用雇用していること				
基準日	(1) 補助金の交付に関する審査基準日は、毎年10月1日とする。				
交付申請に必要な添付書類	(1) 身体障がい者手帳、療育手帳若しくは精神障がい者保健福祉手帳の写し、又は当該障がい者であることを証明する書類。 (2) 雇用保険被保険者証の写し				

注 ※障がい者用は、裏面に記載をお願いします。

なお、用紙が足りない場合は、コピーして使用願います。

記入例

(裏)

(障がい者用)

ふりがな氏名	えびな さぶろう 海老名 三郎	生年月日	昭和 〇年〇月〇日	年齢	〇〇 歳	性別	男・女	常用雇用年月日	平成 〇年〇月〇日
住所	海老名市勝瀬175番地の1		障がい者の種別・程度区分	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい者 (3級) <input type="checkbox"/> 知的障がい者 (A1・A2・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者 (級)					
手帳番号	第 1111 号	業務内容	事務員				一週間の業務時間	週 40 時間	
ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女	常用雇用年月日	年 月 日
住所			障がい者の種別・程度区分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 (級) <input type="checkbox"/> 知的障がい者 (A1・A2・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者 (級)					
手帳番号	第 号	業務内容					一週間の業務時間	週 時間	
ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	男・女	常用雇用年月日	年 月 日
住所			障がい者の種別・程度区分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 (級) <input type="checkbox"/> 知的障がい者 (A1・A2・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者 (級)					
手帳番号	第 号	業務内容					一週間の業務時間	週 時間	

記入例

請求書

請求額		円
-----	--	---

空欄でご提出ください。

令和 年 月 日

海老名市長 殿

令和5年度障がい者雇用促進奨励補助金として上記の金額を請求します。

請求者と振込先は、必ず記入してください。
口座名義人は、カタカナで記入してください。

住 所 **海老名市勝瀬175番地の1**

事業所名 **(株)海老名市役所**

代表者名 **代表取締役 海老名 一郎**

代表者印

【振込先】

●金融機関名

海老名 (銀行・金庫・組合) 海老名 (支店・支所)

●口座番号

(普・当) 0123456

●口座名義人 (カタカナ)

カ)エビナシヤクシヨ