第１号様式（第６条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **愛川町障害者雇用奨励補助金交付申請書**  令和　　年　　月　　日    愛　川　町　長　殿  住　　　所  申請者　事業所名  代表者氏名  連　絡　先  次のとおり申請します。 | | | |
| 事業所の概要 | 事業の種類 | 製造業　建設業　運輸業　卸売業　サービス業  小売業　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 事業を開始した年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 資本金又は出資金の総額 | 円 | |
| 雇用している労働者数 | 人 | |
| 障害者の雇用 | 常　用　雇　用　数 | 身体障害者数 | 人 |
| 知的障害者数 | 人 |
| 精神障害者数 | 人 |
| 添付書類 | | ○身体障害者手帳（写し）  ○療育手帳（写し）  ○精神障害者保健福祉手帳（写し）  ○雇用保険被保険者証（写し）  ○その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 補助金申請額 | | 円 | |