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 |