

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

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
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		