

(様式第1号)

年 月 日

西宮市長 様

所在地
事業所名
代表者
電 話

印
④

西宮市障害者雇用奨励金交付資格申請書

西宮市障害者雇用奨励金交付要綱第5条に基づき、次のとおり申請いたします。
なお、奨励金交付対象期間終了後においても継続して雇用いたします。

記

事業内容			
従業員数	名		
対象労働者氏名		職種	
住 所	西宮市		
生 年 月 日	年 月 日		
年 齢	歳		
雇 用 年 月 日	年 月 日		

作成者

④

<添付書類>

- 特定求職者雇用開発助成金（特定就職困難者雇用開発助成金）支給決定通知書
第1期～第4期の写し【原本証明付】
- 障害者手帳の写し【原本証明付】