様式第６号（第９条関係）

刈谷市障害者雇用推進企業支援事業補助金交付申請書

年　　月　　日

　刈谷市長

申請者　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、事業者の市税の納税状況について閲覧することを承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請額 | | 円 |
| 常用労働者数 | | 人 |
| 対象障害者を  雇用する事業所 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 対象障害者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 雇用開始日 | 年　　月　　日 |
| １週間当たりの  所定労働時間 | 時間 |
| 利用していた  サービス名 | □就労移行支援　　□就労継続支援 |