様式第１号（第６条関係）

刈谷市障害者雇用推進企業支援事業補助金補助対象認定申請書

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 雇用開始予定日 | 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 |