

久留米市雇用奨励金支給申請書

年 月 日

久留米市長 宛て

申 請 者	事業主	所在地	印 (TEL) (代表者生年月日 年 月 日)											
		名称 ふりがな 代表者職氏名												
者	雇用対象労働者事業所	所在地												
		名称												
労働保険番号		府 県	所 掌	管 轄	基幹番号					枝番号				
												—		

下記のとおり、久留米市雇用奨励金の支給を申請します。

支給申請額		円													
対 象 者 に 関 す る 事 項	① 氏 名														
	② 生年月日・性別	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	年 月 日 男・女	
	③ 住 所														
	④ 雇 用 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	⑤ 対象労働者の種別	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父	a. 重度障害者 ア 重度身体障害者 イ 重度知的障害者 ウ 45歳以上の身体障害者 エ 45歳以上の知的障害者 b. その他 ア 身体障害者 イ 知的障害者 ウ 精神障害者 エ 母子家庭の母等 オ 父子家庭の父
	⑥ 国の助成金の最終期 支給決定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	⑦ 健康保険・厚生年金保 険への加入の有無	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	a. 加入している b. 加入していない	
	⑧ 支給対象となる6か月	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	
	⑨ ⑧の期間中対象労働者 に支給した賃金の総額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑩ 対象労働者の確認印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	⑦⑧⑨欄を確認した 印	
	⑪ 異 動	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	
	⑫ 事業所の異動	(年 月 日)													

(注)1 ⑪欄は、対象労働者の住所変更、改姓(名)、休職等の異動が生じた場合に、その内容と異動が生じた年月日を記入してください。(変更等の確認ができる書類の添付でも可)
2 ⑫欄は、事業所の所在地又は名称の変更、事業主の変更等の異動が生じた場合に、その内容と異動が生じた年月日を記入してください。(変更等の確認ができる書類の添付でも可)