

文京区長 殿

申請者 所在地

事業所名
代表者名文京区中小企業等障害者職業体験受入れ助成事業
職業体験受入れ奨励金交付申請書

以下のとおり、障害者職業体験受入れを行ったので、文京区中小企業等障害者職業体験受入れ助成事業実施要綱第9条第1項の規定により、職業体験受入れ奨励金の交付を申請いたします。

なお、申請内容の確認に当たり、文京区が管轄公共職業安定所に調査することについて同意します。

職業体験受入れ内容	実施日時	1日の 従事時間数	実施日程・実施時間	
		2時間以上 4時間未満		計 日
		4時間以上		計 日
	実施場所	文京区		
	受け入れた 障害者	住 所		
		氏 名		
従事内容				
申請事業所	雇用保険 事業所番号※		従業員数	人
	障害者雇用申告 (該当に○)	過去に障害者雇用をしたことが (ある ・ ない)		
		現在障害者を雇用して (いる ・ いない)		
	担 当 部 署			
	担 当 者 名			
	連 絡 先			
	事 業 内 容			
あてはまるものに☑(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 資本金の額又は出資の総額が3億円以下の事業所 <input type="checkbox"/> 従業員の合計が300人以下の事業所 <input type="checkbox"/> 障害者を雇用していない事業所 <input type="checkbox"/> 中小企業、個人事業主、組合等			

※ 当該番号を有していない場合は事業実態を証明する書類を添付する。
(履歴事項全部証明書、営業許可書等)