

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	事業主	所在地												
		名称 ふりがな 代表者職氏名	(TEL)											
者	雇用対象労働者事業所	所在地												
		名称	(代表者生年月日 年 月 日)											
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	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	③ 住 所			
	④ 雇 用 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
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
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
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
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
⑩ 異 動	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)
⑪ 事業所の異動	(年 月 日)			

(注)1 ⑩欄は、対象労働者の住所変更、改姓(名)、退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 ⑪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)