様式第１号

　　令和　　年　　月　　日

　山形県知事　殿

（申請者）

所在地　〒　　　－

名称

代表者役職・氏名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

令和６年度山形県障がい者雇用奨励金支給申請書

　山形県障がい者雇用奨励金の支給を受けたいので、令和６年度山形県障がい者雇用奨励金支給要綱第５条の規定により申請します。

１　支給申請額　　　　　　　 金　　　　　　　　　　円 （④の額）

|  |  |
| --- | --- |
| ① 常用雇用する労働者の数 | 名 |
| ② 常用雇用する障がい者の数 | 名 |
| ③ 新規雇用障がい者数（様式第１号付表⑦を転記） | 名 |
| ④ 支給申請額（③×50,000） | 円 |

２　対象新規雇用障がい者の詳細

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 雇入れ年月日 | 障がい区分  及び程度 | 要綱第２条（３）  雇用契約内容 | 所定労働時間 |
| ① |  | 令和　年　月　日 | 身体・知的・精神  （　 　級／度） | イ・ロ・ハ | 週当たり　　時間　分 |
| ② |  | 令和　年　月　日 | 身体・知的・精神  （　 　級／度） | イ・ロ・ハ | 週当たり　　時間　分 |
| ③ |  | 令和　年　月　日 | 身体・知的・精神  （　 　級／度） | イ・ロ・ハ | 週当たり　　時間　分 |
| ④ |  | 令和　年　月　日 | 身体・知的・精神  （　 　級／度） | イ・ロ・ハ | 週当たり　　時間　分 |
| ⑤ |  | 令和　年　月　日 | 身体・知的・精神  （　 　級／度） | イ・ロ・ハ | 週当たり　　時間　分 |

３　奨励金振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | 本支店名 | |  | | |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 | | | | | | | | | |
| （フリガナ） |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  | |  | |  | （左詰で記入してください） |

注）口座名義人は原則として申請者と同一としてください。口座名義人が申請者と同一でない場合は、委任状の提出が必要です。

４　担当者等

|  |  |
| --- | --- |
| 事務手続担当者 | （氏名）　　　　（所属部署）　　　　　　　（電話番号） |
| 代理人 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  （名称）  （氏名） |

５　添付書類（提出前のチェックに御利用ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 提出書類の例 及び 確認事項 | チェック欄 |
| (1) | 支給要件の確認 | 誓約書（様式第２号） |  |
| (2) | 対象新規雇用障がい者が障がい者であることの確認 | イ　身体障がい者及び重度身体障がい者にあっては身体障害者手帳の写し  ロ　知的障がい者及び重度知的障がい者にあっては療育手帳の写し又は児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医若しくは地域障害者職業センターの判定書の写し  ハ　精神障がい者にあっては精神障害者保健福祉手帳の写し |  |
| (3) | 対象者の雇用契約 | 対象労働者の雇入れ時の雇用契約書等の写し |  |
| 雇用契約内容が支給要綱第２条（３）の要件を満たしている。 |  |
| (4) | 対象者の労働時間 | 対象労働者の雇入れ日から申請日までのタイムカード、出勤簿その他の書類の写し |  |
| (5) | 雇用保険適用の確認 | 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写し |  |
| (6) | 常用雇用する労働者数 | 労働者名簿又は従業員名簿等常用雇用する労働者数を確認できる書類の写し |  |
| (7) | 奨励金の振込先 | 申請者名義の預貯金通帳の表紙及び表紙裏面  （金融機関名、店名、店番号、口座種別、口座  番号及び口座名義人（カタカナ名義を含む。）  が記載されたページ）の写し |  |
| (8) | （トライアル雇用の場合）  トライアル雇用の実施確認 | ハローワークに提出した「トライアル雇用実施計画書」の写し |  |