

年 月 日

電話

障がい者	住　所	
	氏　名	
請　求　金　額		¥
請　求　内　容		自　　　　　年　　　月分 月分 至　　　　　年　　　月分
常用雇用労働者数		<input type="checkbox"/> 100人超 <input type="checkbox"/> 100人以下
備　考	<p>特定求職者雇用開発助成金（※）の支給 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 非対象者</p> <p>※ハローワーク等の紹介により継続雇用労働者として雇い入れる事業主に対して、賃金相当額の一部を助成する制度。 対象者の場合は、雇用報償金が支給できません。</p> <p>【責任者】所属名： 氏名： 連絡先： メールアドレス：</p> <p>【担当者】所属名： 氏名： 連絡先： メールアドレス：</p>	

記入例		雇用報償金請求書	
逗子市長		令和4年 1月 5日	
雇用報償金支給月の1日～10日の間の日付にしてください。（7月、10月、1月、4月の1～10日）		社印ではなく代表者印を押印してください。代表者印がない場合のみ認印可。備考欄に責任者及び担当者の記載がある場合は押印不要です。	
必ず事業主の肩書を記入してください。		事業所所在地 逗子市〇ー●	
事業所名 株式会社 ●●		事業主氏名 代表取締役 逗子 花子 印	
電 話 000-000-0000			
障がい者	住 所	逗子〇ー〇ー〇	
	氏 名	逗子 太郎	
請 求 金 額	¥	空欄（市で審査後、記入します）	
請 求 内 容	自 年 月分 至 年 月分		空欄（市で審査後、記入します）
常用雇用労働者数	<input type="checkbox"/> 100人超 <input checked="" type="checkbox"/> 100人以下		
備 考	特定求職者雇用開発助成金（※）の支給 <input type="checkbox"/> 対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 非対象者 ※ハローワーク等の紹介により継続雇用労働者となる事業主に対して、賃金相当額の一部を助成する非対象者の場合は、雇用報償金が支給できません。		押印しない場合は必ずご記入ください。
必ずどちらかにチェックをしてください		【責任者】所属名 〇〇支店長 氏名 〇〇 〇〇 連絡先 046-000-0000 メールアドレス：***@*** 【担当者】所属名 〇〇課 氏名：〇〇 〇〇 連絡先 046-000-0000 メールアドレス：***@***	