

(別添)

都道府県支部受理印

障害者雇用調整金等の申請期限延長申請書

(申請者)

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
理事長 殿

令和 年 月 日提出

1. 法人番号	
2. 主たる事務所の所在地及び連絡先電話番号	〒 TEL:
3. 令和6年能登半島地震の被害を受けた事業所及びその所在地(※)	
4. 事業主名(代表者名)	

(※) 複数ある場合は、そのうち、特に被害のあった事業所及びその所在地を記載してください。

1 申請期限の延長申請をする障害者雇用調整金等の種類

種類	申請対象期間	法定期限
障害者雇用調整金	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日
在宅就業障害者特例調整金	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日
報奨金	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日
在宅就業障害者特例報奨金	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日
特例給付金	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日

(種類欄にあるもののうち、申請期限の延長の申請をしようとするものすべてに○印を付してください。)

2 申請期限の延長申請をする理由

3 その他参考事項

(※) 本申請に係る申請期限の延長(非延長)は、厚生労働大臣が決定します。

都道府県支部 記載欄	
---------------	--