様式第401号

令和　　年度
特例給付金支給申請書
（常用雇用労働者の総数が100人以下であって特例給付金のみ申請する事業主用）

下記のとおり申請します。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

（正）
（事業主控）

年　月　日

※受理年月日・番号	※整理番号

40101

② 都道府県コード・職安コード
□□－□□

① 法人番号					
③申請事業主 (イ) 住所（法人のときは主たる事業所の所在地）	郵便番号 □□□－□□□□				
(フリガナ)	（　　）	(ハ) 氏名（法人のときは代表者の役職・氏名）	代表者の役職	氏名	
(ロ) 名称		(ニ) 産業分類	（産業中分類番号）	（主たる事業の内容）（　　）	
④ 特例給付金の申請額	週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の合計数（(A)を上限とする。ただし、小数点以下は切捨て。） (B)（　　.　　）人 又は (A)（　　.　　）人のいずれか小さい数 × 5,000 円 ＝ (C) □□□□□□□□□円				
⑤ 特例給付金の支給先	(イ) 支給先の選択	(ロ) 金融機関及び本・支店名　本店　銀行　支店	(ハ) 金融機関コード－本・支店コード □□□□－□□□	(ニ) 預金種目	(ホ) 口座番号
	(ヘ) 口座名義人	フリガナ			

⑥特例給付金の算定内訳 区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
(イ) 常用雇用労働者の総数（障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）の③の(ハ)の合計数）	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
(ロ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数（障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）の③の(e)の各月の合計数）	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	(A) 人
⑦ 特定短時間（10時間～20時間未満）の重度以外の身体障害者及び重度以外の知的障害者の数（障害者雇用状況等報告書（Ⅰ）の③の(チ)の各月の数）	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	(B) 人

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者 事務代理者の表示	氏名	電話番号
	年　月　日		□□□□－□□□□－□□□□

記入担当者		
	所属部課名・連絡先電話番号	□□□□－□□□□－□□□□
	(フリガナ) 氏名	（　　）

注）「記入上の注意」をよく読んで記入してください。
「①法人番号」は、左詰めで記入してください。なお、個人事業主の場合は、事業主番号（ハイフンを除いた数字のみ）を左詰めで記入してください。