

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)

※受理年月日・番号

40100

② 都道府県コード・職安コード

※整理番号

① 法人番号												年 月 日		② 都道府県コード・職安コード		※受理年月日・番号		※整理番号									
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										(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											
	(フリガナ)											(ニ) 産業分類		(中分類番号)		(主たる事業の内容)											
	(ロ) 名称																										
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		(ハ) 金融機関コード・本・支店コード		(ニ) 預金種目		(ホ) 口座番号											
				銀行						支店																	
		(ヘ) 口座名義人 フリガナ																									
⑥ 特例給付金の算定内訳	区 分	4 年		5 月		6 月		7 月		8 月		9 月		10 月		11 月		12 月		1 年		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(1)の③の(イ)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(1)の③の(ロ)の各月の合計数)	人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		(A) 人	
	(ハ) 週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数 (障害者雇用状況等報告書(1)の③の(ハ)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。