

9

年度
特例給付金支給申請書（常用労働者の総数が100人以下であって報奨金を申請しない事業主用）

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)
 (受付窓口控)
 (事業主控)

※受理年月日・番号	※整理番号
-----------	-------

② 県コード・職安コード

県コード	職安コード
------	-------

① 事業主番号 -- 年 月 日

1	③ 申請事業主	(イ) 住所 <small>(法人のときは主たる事業所の所在地)</small>	郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>	(ハ) 氏名 <small>(法人のときは代表者の役職・氏名)</small>	代表者の役職	氏名
		(フリガナ)	(<input type="text"/>)		(ニ) 法人番号	<input type="text"/>
		(ロ) 名称	(<input type="text"/>)		(ホ) 産業分類	(中分類番号) <input type="text"/> (主たる事業の内容) (<input type="text"/>)

2 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。) (C) 円
 (B) () 人 又は (A) () 人のいずれか小さい数 × 5,000円 =

3 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	<input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/>
(ハ) 口座名義人		フリガナ <input type="text"/>			

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) 常用労働者の総数 <small>(障害者雇用状況等報告書(1)の③の(ハ)の合計数)</small>	1													人
(ロ) 身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数 <small>(障害者雇用状況等報告書(1)の③の(イ)の各月の合計数)</small>	2													人 (A)
⑦ 週労働時間が10時間以上20時間未満の雇用障害者の数 <small>(障害者雇用状況等報告書(1)の③の(イ)の各月の数)</small>	3													人 (B)

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

記入 担当者	所属部課名・ 連絡先電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	(フリガナ) 氏名	(<input type="text"/>)

注) 「記入上の注意」をよく読んで記入して下さい。
 ※欄には記入しないで下さい。