

4

年度 報奨金、在宅就業障害者特例報奨金及び特例給付金支給申請書 (常用雇用労働者の総数が100人以下の事業主用)

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

年 月 日

① 事業主番号

1 (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) (ロ) 氏名 (法人のときは代表者の役職・氏名) 代表者の役職 氏名 (ハ) 法人番号 (ニ) 産業分類 (中分類番号) (主たる事業の内容)

2 ④ 報奨金及び在宅就業障害者特例報奨金の申請額 (A) (L)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数 (J)又は72のいずれか多い数 (K)の数 (B) 在宅就業障害者特例報奨金を申請する場合は(H)の額(ただし(I)の額が上限) (C) (A)+(B) 報奨金及び在宅就業障害者特例報奨金申請額 (D) 在宅就業障害者特例報奨金の算出 (E)年間の在宅就業障害者への支払い総額 (F) (F)の小数点第1位以下は切捨て (G) (F)の0 (H) (I) 在宅就業障害者特例報奨金の支給限度額 (L)身体障害者、知的障害者及び精神障害者の合計数 (M) 在宅就業障害者特例報奨金の申請額 (N) 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 (L)を上限とする。ただし、小数点以下は切捨て。)

3 ⑥ 報奨金、在宅就業障害者特例報奨金及び特例給付金の支給先 (イ) 支給先の選択 (ロ) 口座名義人 (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) フリガナ

Table with 13 columns (Year, Month 4-12, Year, Total) and 4 rows (Total employees, Award recipients, Disabled employees, Part-time employees).

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 (フリガナ) 氏名

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。