

※1

郵便番号

-

住所

法人名称

及び

担当部署名

_____ ご担当者様

申告申請

事業主名

{ _____ }

← 枠からはみ出さないよう記載
(ゴム印等可) してください。

← 個人情報漏えい防止のために
個人名を記入しないで下さい。
社会保険労務士による事務代理
者等宛の場合は、申告申請事業
主名も記載してください。

受理日確認印を希望する事業主の皆様へ

「障害者雇用納付金申告書、障害者雇用調整金、在宅就業障害者特例調整金及び特例給付金支給申請書」、
「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」または「特例給付金支給申請書」の提出
後、当機構支部における受理日(受理印)の確認を希望される場合は、左上(※1)に返送先住所等を記載
いただくとともに、下記(※2)の今回提出される書類名にレ点を付し、申告申請書等の提出と併せて提出
してください。後日、受理印を押しし本様式を返送いたします。(返信用封筒は不要です。)

なお、点検・審査により、後日、内容確認のため当機構支部職員からご連絡させていただくことがあり
ます。

事業主 殿

※2 提出書類名(いずれかにレ点を付してください。)

- 令和4年度 障害者雇用納付金申告書、障害者雇用調整金・在宅就業障害者特例調整金
・特例給付金支給申請書
- 令和4年度 報奨金・在宅就業障害者特例報奨金・特例給付金支給申請書
- 令和4年度 特例給付金支給申請書
- その他(書類名: _____)

提出いただいた申告申請書は、下記支部及び日付けで受理しました。

窓口受理印