

### 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																
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													(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)														(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。)																		(C)								
		(B) ( ) 人 又は (A) ( ) 人のいずれか小さい数 × 5,000 円 =																		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	
			常用雇用労働者の総数 <small>(障害者雇用状況等報告書(1)の③の(イ)の合計数)</small>																									
			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>																									
			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>																									
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。