

※1

郵便番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所							
法人名称及び 担当部署名							
ご担当者様							

← 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、個人
人名を記入しないでください。

申告申請
事業主名

[]

← 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、障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金支給申請書」、「報奨金及び在宅就業障害者特例報奨金支給申請書」等の提出後、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、受理印を押印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きます。

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 年度障害者雇用納付金申告書、障害者雇用調整金及び在宅就業障害者特例調整金支給申請書
- 令和 年度報奨金及び在宅就業障害者特例報奨金申請書
- 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