

様式第6号（第9条関係）

刈谷市障害者雇用推進企業支援事業補助金交付申請書

年 月 日

刈谷市長

申請者所在地.....  
 事業者名称.....  
 代表者氏名.....<sup>㊞</sup>

次のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、事業者の市税の納税状況について閲覧することを承諾します。

申	請	額	円
常	用	労働者数	人
対象障害者を雇用する事業所	所在地		
	名称		
対象障害者	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	雇用開始日	年 月 日	
	1週間当たりの所定労働時間		時間
	利用していたサービス名	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援	