様式第１号（第６条関係）

**島本町障害者雇用奨励金支給申請書**

年　　月　　日

↓申請者＝事業所又は運営法人の代表者

島本町長　様

申請者　法人又は事業所名

所　　在　　地

代表者職・氏名

申請担当者氏名（　　　　　　　　　　　　）

連絡先電話番号（　　　　　　　　　　　　）

　障害者雇用奨励金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

**１【雇用対象者】（雇用した障害者）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 島本町 | 電話番号 |  |
| 対象要件の確認該当項目（□）にチェックを付けてください。 | 居住要件 | [ ] 島本町内に居住し、島本町に住民登録している |
| 障害程度 | [ ] 身体障害者手帳　　　　（[ ] １級　[ ] ２級）[ ] 療育手帳　　　　　　　（[ ] Ａ　　[ ] Ｂ１　[ ] Ｂ２）[ ] 精神障害者保健福祉手帳（[ ] １級　[ ] ２級　[ ] ３級） |
| 雇用条件 | [ ] 次のいずれかの方法で雇用→[ ] 公共職業安定所（ハローワーク）の紹介による雇用→[ ] 職場適応訓練後の雇用（訓練終了日：　　　　年　　月　　日）→[ ] トライアル雇用後の雇用（トライアル雇用助成金の支給終了月：　　　　年　　月）[ ] 雇用保険一般被保険者として、６か月以上継続雇用予定[ ] 週２０時間以上勤務する条件で雇用[ ] 島本町内の事業所で勤務 |
| 雇用内容 | 雇用を開始した日 | 　　　　年　　月　　日 | 雇用期間 | [ ] 特に期間の定めなし[ ] 　　年　月～　　年　月（　か月） |
| 勤務時間 | 週：（　）日（　　）時間１日当たり：（　　）時間 | 賃金 | 月額　：（　　　　　　　）円日額　：（　　　　　　　）円時間額：（　　　　　　　）円 |
| 業務内容 | 勤務場所：　　　　　　　　　主な業務： |

**２【雇用事業所】（障害者を雇用した事業所）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 運営法人 | 名称　：所在地： | 資本金又は出資金 | 円 |
| 対象となる事業所（島本町内に所在） | 事業所名 |  | 主な業務内容 |  |
| 所在地 | [ ] 申請者と同じ　　[ ] その他（島本町　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号　　　：[ ] 申請者と同じ　　[ ] その他（　　　　　　　　　）メールアドレス： |
| 事業所要件の確認該当項目（□）にチェックを付けてください。 | [ ] 資本金又は出資金３億円以下の法人が運営する事業所[ ] 資本金又は出資金３億円超の法人が運営するが、フランチャイズ方式により運営し、従業員を当該事業所が直接雇用している事業所[ ] 個人事業主が運営する事業所[ ] 社会福祉法人、医療法人、学校法人、特定非営利活動法人、一般社団法人、消費生活協同組合その他町長が認める非営利法人が運営する事業所 |

**３【支給対象期間・支給申請額】**

（※裏面につづく）

（様式第１号：支給申請書の裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 支給対象期間 | 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　か月間）※上限１２か月間 |
| 支給月額 | [ ]  30,000円　（身体障害者手帳１・２級、療育手帳Ａ、精神障害者保健福祉手帳１級）[ ]  25,000円　（療育手帳Ｂ１・Ｂ２、精神障害者保健福祉手帳２・３級） |
| 支給申請額 | 支給月額（　　　　　）円×支給対象期間（　　）か月＝（　　　　　　）円 |

※支給対象期間＝　雇用開始月（当該月の雇用日数が１６日以下のときは、その翌月）から１２か月間以内とする。ただし、トライアル雇用の終了後に引き続き雇用した場合は、トライアル雇用助成金の支給期間が終了した月の翌月から１２か月間以内とする。

**４【その他の確認事項】**

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用対象者の雇用に関する他の助成金等の利用状況 | [ ] 利用なし[ ] 特定休職者雇用開発助成金を利用[ ] その他の助成金等を利用（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）→支給額　　　：（総額・月額　　　　　　　円）→支給対象期間：（　　　　年　　月～　　　　年　　月） |
| 対象除外要件に該当しないことの確認内容をすべて確認のうえ、□にチェックを付けてください。 | [ ]  **次の対象除外要件には、全て該当しないことを確認しました。**●過去に雇用していた者を雇用対象者として再度雇用●雇用事業所の代表者又は運営法人の役員の親族を雇用対象者として雇用●週２０時間未満の勤務条件又は６か月未満の期間を定めて雇用●国・地方公共団体・独立行政法人が運営する事業所である。●就労継続支援Ａ型事業の利用者として雇用対象者を雇用●雇用対象者の人件費が、島本町から受ける補助金、助成金又は委託料等の対象経費となっている。●雇用事業所又は運営法人が、過去に本要綱の規定に違反した。●雇用事業所、運営法人、雇用事業所の代表者又は運営法人の役員が、暴力団、暴力団密接関係者をその構成員に含む団体又は暴力団員に該当する。 |

**５【添付書類】　（添付書類を確認し、添付したものにチェックを付けてください。）**

|  |
| --- |
| [ ] 雇用対象者の障害者手帳の写し[ ] 雇用条件（雇用期間、勤務時間、賃金等）が確認できる書類（雇用契約書の写し等）[ ] 雇用対象者の雇用保険加入が確認できる書類（雇用保険被保険者証の写し等）[ ] 雇用方法が確認できる書類→[ ] 公共職業安定所の発行する就職証明書等　（※ハローワークの紹介で雇用した場合）→[ ] 職場適応訓練の決定通知書等　（※職場適応訓練後に雇用した場合）→[ ] トライアル雇用助成金の決定通知書等　（※トライアル雇用後に雇用した場合）[ ] 雇用対象者の雇用に関して支給される他の助成金等の内容が確認できる書類（特定雇用特定求職者雇用開発助成金等の決定通知書等）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |