

所沢市障害者雇用推進企業支援雇用助成金事前登録申出書

(宛先)所沢市長

申出者 住 所
事業者名
代表者名
電話番号

年度において、次のとおり障害者を雇用したいので、所沢市障害者雇用推進企業支援補助金交付要綱第8条第1項の規定により申し出ます。

なお、本申出に当たり、事業者及びその代表者の市税の申告の有無及び納税状況について閲覧することを承諾します。

障害者を雇用する市内事業所	名称	
	場所	所沢市
従業員数 (うち障害者数)	上記の市内事業所分	人 (人)
	事業者全体	人 (人)
雇用人数	人	
職務内容		
雇用開始予定日	年 月 日	
1週間当たりの労働時間	時間	
その他雇用に当たっての条件		

※添付書類

- (1) 履歴事項全部証明書の写し（個人事業主にあつては、住民票の写し）
- (2) 許認可等が必要な業種にあつては、許認可証の写し
- (3) 国等からの助成金が交付される場合は、当該国等からの助成金の支給決定通知書の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類