**第１号様式**

**年　　月　　日**

**四日市市障害者トライアル奨励金・雇用奨励金交付申請書**

**四日市市長**

**所在地**

**事業所名**

**代表者名**

**(電話番号　　　　(　　　)　　　　)**

**四日市市障害者トライアル奨励金・雇用奨励金支給要綱第８条、第１７条の規定に基づき、トライアル奨励金・雇用奨励金の支給を受けたいので下記のように申請します。**

**記**

**１　申請金額　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円(　　　　　　　円×　　　箇月)**

**２　雇用年月日　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日**

**３　支給対象期間　　　　　　　　　　　　年　　月～　　　　　年　　月**

**４　トライアル雇用・常用雇用した障害者の主な就業場所所在地等**

**就業場所　　　　　　　　　　市・町**

**所定労働時間　　　　　時　　　　分～　　　　時　　　　分（週　　　　時間勤務）**

**５　トライアル雇用・常用雇用した障害者氏名等**

|  |  |
| --- | --- |
| **住　　　　　所** | **四日市市** |
| **氏　　　　　名** |  |
| **生年月日・年齢** | **年　　月　　日　　(　　　歳)** |
| **障害の程度** | **身体・知的　(　重度・　重度以外)　　精神** |
| **身体障害者手帳** | **県　　　号　　　　　年　　月　　日交付　　級** |
| **療　育　手　帳** | **県　　　号　　　　　　　　　　　Ａ　　　Ｂ****障害の程度****年　　月　　日交付　　　　　　１　２　３** |
| **保健福祉手帳** | **県　　　号　　　　　年　　月　　日交付　　級** |
| **その他（判定等）** |  |

**※この事務を行うために、四日市市が申請者から私に関する情報を収集すること**

**及び四日市市が保有する私に関する情報を利用することを承諾します。**

**氏名（自筆）**