**第３号様式**

**四日市市障害者トライアル奨励金・雇用奨励金実績報告書**

**年　　月　　日**

**四日市市長**

**所在地**

**事業所名**

**代表者名**

**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１１条、第２０条の規定に基づき、下記のとおり報告します。**

**記**

**１　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)** |

２　職　　種

　　（業務の内容）

**３　支給対象期間　　　　　　　年　　月～　　　　　年　　月**

**４　トライアル雇用・雇用奨励金支給終了後の雇用について**

**引き続き雇用する**

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

**雇用を更新しないこととする**

**【理由】**