**第４号様式**

**年　　月　　日**

**四日市市障害者トライアル奨励金・雇用奨励金請求書**

**四日市市長**

**所在地**

**事業所名**

**代表者名**

**（代表者の署名または記名押印）**

**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１２条、第２１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請求します。**

**記**

**１　請求金額　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円**

**(　　　　　　　円×　　　箇月)**

**ただし、　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号　　に**

**基づく障害者トライアル奨励金・雇用奨励金**

**２　請求期間　　　　　　　　　　　　　　年　　月～　　　　　年　　月**

**３　トライアル雇用・常用雇用**

**された従業者名**

**４　口座等の情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金融機関名** | **銀　　行　　　　　　　　　支店**  **信用金庫　　　　　　　　　支店**  **農　　協　　　　　　　　　支店** | | | | | | |
| **（カタカナ）**  **口座の名義** |  | | | | | | |
| **口座の種類** | **当　座　　　　　　　普通預金** | | | | | | |
| **口座番号** |  |  |  |  |  |  |  |