

令和3年〇〇月〇〇日

能美市長 井出 敏朗 様

所在地 能美市〇〇町△△

事業者名 株式会社〇〇〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇〇〇

能美市障害者雇用促進支援事業補助金交付申請書及び実績報告書(初回)

標記補助金を受けたいので能美市障害者雇用促進支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、申請します。なお、申請にあたり、市税等の完納状況について調査することに同意します。

1. 交付申請額 金 120,000 円

2. 添付書類 ・ 調書、調書-2(別紙1)

・ 誓約書(別紙2)

・ 次のいずれかの書類の写し

身体障害者の場合 身体障害者手帳

知的障害者の場合 療育手帳又は児童相談所等による判定書

精神障害者の場合 精神障害者保健福祉手帳

・ 労働条件通知書又は雇用契約書の写し

・ 出勤簿(タイムカード)又は賃金台帳の写し(6箇月分)

・ 本人確認書類

(法人の場合) 履歴事項全部証明書(発行3箇月以内のもの)の写し等

(個人事業主の場合) 確定申告書類の写し及び運転免許証の写し等

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

能美市長 井出 敏朗 様

所在地 能美市〇〇町△△

事業者名 株式会社〇〇〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇〇〇

能美市障害者雇用促進支援事業補助金交付申請書及び実績報告書(2回目以降)

標記補助金を受けたいので能美市障害者雇用促進支援事業補助金交付要綱第6条の規定により、申請します。なお、申請にあたり、市税等の完納状況について調査することに同意します。

1. 交付申請額 金 120,000 円

2. 添付書類

- ・調書(別紙1)
- ・次のいずれかの書類の写し
 - 身体障害者の場合 身体障害者手帳
 - 知的障害者の場合 療育手帳又は児童相談所等による判定書
 - 精神障害者の場合 精神障害者保健福祉手帳
- ・労働条件通知書又は雇用契約書の写し(初回申請時より変更があった場合のみ)
- ・出勤簿(タイムカード)又は賃金台帳の写し(6箇月分)

(別紙1) 調書

申請者概要

申請者	事業者名	株式会社〇〇〇〇		
	所在地	〒〇〇〇—〇〇〇〇 能美市〇〇町△△		
	代表者名	代表取締役 〇〇〇〇		
	資本金	〇〇〇〇〇〇円	従業員数(月 日時点)	〇〇〇人
担当者	部署・役職・氏名	〇〇部 〇〇 〇〇〇〇		
	連絡先	(電 話) 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇		
		(F A X) 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇		
(メール) @				

申請時点の人数を記入下さい。

対象労働者情報

(フリガナ)	〇〇 〇〇	
氏 名	〇〇 〇〇	
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
住 所	能美市〇〇町△△番地	
障害の種別	身体障害者手帳	
障害の等級	3級	
雇用年月日	令和3年4月1日	
交付対象雇用期間	令和3年4月1日 ~ 令和5年5月31日	
今回交付対象期間	令和3年4月1日 ~ 令和3年9月30日 (第1期)	
勤務体制	<input checked="" type="checkbox"/> 常用雇用労働者(30時間以上) 1週間の所定労働時間 _____〇〇.〇時間 (2万円×6箇月=12万円)	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(30時間未満) 1週間の所定労働時間 _____時間 (1万円×6箇月=6万円)

(別紙1) 調書-2

①障害者雇用状況確認表

(イ) 常用雇用労働者の人数 (短時間労働者を除く)	1,000人
(ロ) 短時間労働者の人数	420人
(ハ) 常用雇用労働者の人数 [イ+(ロ×0.5)]	1,210人
(ニ) 法定雇用障害者の算定の 基礎となる労働者の人数	
<input type="checkbox"/> 除外率が設定されていない 事業者は(ハ)と同じ人数	人
<input type="checkbox"/> 除外率が設定されている 事業者は(ハ)-(IV)の人数	968人

(I) 産業分類番号【※1】	22
(II) 事業の種類	鉄鋼業
(III) 除外率【※2】	20%
(IV) 除外率を乗じて得た人数 [(ハ)×(III)(端数切捨て)]	242人

【※1】 日本標準産業分類の中分類の番号(2桁)を記入してください。

【※2】 障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則別表第4(附則第1条の3関係)に記載されている除外率設定業種より該当する場合のみ、その率を記入してください。

②常用雇用身体障害者の人数

(ホ) 重度身体障害者 の人数	2人
(ヘ) 重度身体障害者以外の 身体障害者の人数	8人
(ト) 重度身体障害者である 短時間労働者の人数	2人
(チ) 重度身体障害者以外の 身体障害者である 短時間労働者の人数	2人
(リ) 身体障害者の人数 [(ホ×2)+ヘ+ト+(チ×0.5)]	15人

③常用雇用知的障害者の人数

(ヌ) 重度知的障害者 の人数	1人
(ル) 重度知的障害者以外の 身体障害者の人数	1人
(ヲ) 重度身体障害者である 短時間労働者の人数	1人
(リ) 重度身体障害者以外の 身体障害者である 短時間労働者の人数	1人
(カ) 知的障害者の人数 [(ヌ×2)+ル+ヲ+(リ×0.5)]	4.5人

④常用雇用精神障害者の人数

(ク) 精神障害者 の人数	0人
(ケ) 精神障害者である 短時間労働者の人数	3人
(コ) (ケ)のうち下記※に 該当する者の人数	2人
(セ) 精神障害者の人数 [ヨ+{(ケ-コ)×0.5]+レ]	2.5人

⑤集計

(ツ) 計 [(リ)+(カ)+(ツ)]	22人
実雇用率 [(ツ)÷(ニ)×100]	2.3%
身体障害者、知的障害者又は 精神障害者の不足数 ①[(ニ)×法定雇用率÷ 100)-(ツ)] ※①の人数の端数は切り捨て ↓ [①-(ツ)]	0人

(参考)

- ・(ホ)(ト)欄→重度身体障害者

身体障害者手帳の等級が1級または2級とされる方

※(レ)欄には、精神障害者である短時間労働者であって、次のいずれかに該当する者の数を記載すること。

①平成27年6月2日以降に雇い入れられた者であること

②平成27年6月2日より前に雇い入れられた者で、同日以後に精神障害者保健福祉手帳を取得した者であること

(別紙2)

誓約書

この度、「能美市障害者雇用促進事業補助金」の交付申請及び実績報告を行うにあたり、次の内容について誓約いたします。

※すべての項目に☑がないと補助金の対象となりません。

- ☑ 申請内容に偽りはありません。虚偽が判明した場合は、能美市障害者雇用促進事業補助金の返還に応じます。
- ☑ 能美市障害者雇用促進事業補助金へ申請した対象労働者は能美市内の事業所に勤務する者のみです。
- ☑ 能美市から申請内容に関する調査の求めがあった場合は、これに応じます。
- ☑ 代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団に関与していません。また、上記の暴力団が経営に参画していません。

令和3年〇〇月〇〇日

能美市長 井出 敏朗 様

所在地 能美市〇〇町△△

事業者名 株式会社〇〇〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇〇〇

※代表者名は本人が必ず自署してください。

ゴム印不可
必ず自署で記入をお願いします。

年 月 日

能美市長 井出 敏朗 様

請求書の日付は空欄のままご提出ください。

所在地 能美市〇〇町△△

事業所名 株式会社〇〇〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇〇〇

未記入で提出下さい。

能美市障害者雇用促進支援事業補助金請求書

年 月 日付け第 号により補助金の交付決定及び額の確定通知があった能美市障害者雇用促進支援事業補助金として次の金額を能美市障害者雇用促進支援事業補助金交付要綱第8条の規定に基づき請求いたします。

未記入で提出下さい。

1. 請求額 金 円

2. 振込先

金融機関名 能美銀行

支店名 能美支店

口座種別 普通預金・当座預金

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

(フリガナ) カ マルマル ダイヒョウトリマリヤク マルマルマルマル

口座名義 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇

3. 添付書類：口座番号がわかる書類(通帳・当座小切手帳等)の写し