**捨印**

第１号様式（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **大和市障がい者****雇用促進補助金****申請書** | 担　当 | 係長・主幹 | 課　長 | 部　長 | 副市長 | 受付 7・10・ |
|  |  |  |  |  | 決裁 　・　・ |
| 施行 　・　・ |
| 大　和　市　長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　１０月　　　日 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 事業者 | 所在地 | **〒２４２－００** |
| **大和市** |
| 名称 |  |
| 代表者 | 役職 |  |
| （株式会社の場合 『代表取締役』　　※『代表取締役社長』等ではなく登記簿上の名称） |
| 氏名 |  | **印** |
| 事務担当者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

　　 |
| 　次のとおり申請します。なお、本申請にあたり当事業所（個人事業者にあっては本人）に関する大和市の市税・国民健康保険税・下水道使用料の納付状況等、補助金交付要件について市が調査することに同意いたします。 |
| 事　業　内　容「日本標準産業分類」の中分類で記入 | 　 |
| 従　業　員　数「法人全体で常時使用する全従業員」 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 補助対象となる障がい者の数 | 市内在住（補助額：50,000円） | 　　　　人 | 市外在住（補助額：30,000円） | 　　　　人 |
| 補助金申請額 | 　　　　　　　　　　　　０，０００円 |
| 添 付 書 類 | □ 障がい者雇用状況報告書　　　□ 登記簿謄本（履歴事項全部証明書）□ 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し□ 雇用保険被保険者証の写し |
| 業　　　　　種（中小企業者判定） | □ 小売業資本金5千万円以下又は 従業員50人以下 | □ サービス業資本金5千万円以下又は 従業員100人以下 | □ 卸売業資本金1億円以下又は 従業員100人以下 | □ 左記以外資本金3億円以下又は 従業員300人以下 |
| 市内での操業年数 | □ １年以上　　□ １年未満 | 未納がないことの確認日 | 　　　・　　 ・　　 |
| 決 定 金 額 | 　　　　　　０，０００円 | 決定年月日 | 　　　・　　 ・　　 |
| 公印使用承認 | 　　　・　　 ・　　 |  |
| 指 令 番 号 | 大和市指令第　　　　　号 | 交付時期 | 年　　 月 |
| 条 件 及 び指 示 事 項 | 申請に虚偽があったと認められたときは、この決定を取り消し、既に交付した補助金に対し、全部又は一部を返還していただきます。 |

**※太枠の箇所に記入ください。**