

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	・	・
						決裁	・	・
						施行	・	・

大 和 市 長 殿			令和 8 年 1 0 月			日		
申請者	事業者	所在地	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						
	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(個人事業者にあつては本人)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」		
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)
補 助 金 申 請 額	0, 0 0 0 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 ☐ サービス業 ☐ 卸売業 ☐ 左記以外 資本金 5 千万円以下 資本金 5 千万円以下 資本金 1 億円以下 資本金 3 億円以下 又は 従業員 50 人以下 又は 従業員 100 人以下 又は 従業員 100 人以下 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, 0 0 0 円	決定年月日	・ ・
		公印使用承認	・ ・
指 令 番 号	大和市指令(紙)第 号	交付時期	年 月
条 件 及 び 指 示 事 項	申請に虚偽があつ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。