

東京都知事 殿

企業等の所在地
企業等の名称
代表者役職・氏名 (印)

東京都中小企業障害者雇用スタート支援奨励金
支 給 申 請 書

東京都中小企業障害者雇用スタート支援奨励金について、東京都中小企業障害者雇用スタート支援奨励金
支給要綱第 7 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 奨励金支給申請額 金 円

2 奨励金支給申請額の内訳（該当するものを記入のこと）

区分	支給単価 （ ）内は重度障害者	支給申請額
週所定労働時間 1 0 時間以上 2 0 時間未満	（ 3 0 万円）	円
週所定労働時間 2 0 時間以上 3 0 時間未満	6 0 万円（ 9 0 万円）	円
週所定労働時間 3 0 時間以上	9 0 万円（ 1 2 0 万円）	円

3 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

担当者	所属		氏名	
	電話番号			
	メールアドレス			
業 種（該当するものに✓）（※）		資本金又は 出資の総額（※）	常時雇用する 労働者の数（※）	
☐ 小売業・飲食業 ☐ 卸売業 ☐ サービス業 ☐ その他の業種		万円	人	
主たる事業の産業分類（中分類） 【 】				

（※）の項目については特定求職者雇用開発助成金の支給申請書を参考に、申請日時点の状況を記入すること。

4 支給対象労働者詳細（申請日現在を記入のこと）

			企業名等の名称	
フリガナ		生年月日	満年齢 (雇用日現在)	雇入れ年月日
氏名		年 月 日	歳	年 月 日
障害区分及び程度（該当するものに○）		身体・知的・精神（ ）級／度 重度・45 歳以上 ※「45 歳以上」は雇用日現在		
雇入れ日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地		(名称) 〒 電話番号		
申請日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地 ※同上の場合は ☒ ☐		(名称) 〒 — 電話番号		
対象労働者の週所定労働時間		週 時間		