

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)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金
支給申請書

東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下「奨励金」という。）について、奨励金支給要綱第11条、第12条、第13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	支給金額区分	支給申請額
採用奨励金（週所定労働時間20時間以上）	70万円	円
採用奨励金（週所定労働時間20時間未満）	45万円	円
雇用継続助成金（週所定労働時間20時間以上）	70万円	円
雇用継続助成金（週所定労働時間20時間未満）	45万円	円
制度導入加算	10万円×（ ）制度	円

3 支給対象労働者詳細（申請日現在を記入のこと。）

事業所名：			
フリガナ		生年月日	雇入れ・復職年月日
氏名		年 月 日	年 月 日
疾患区分（該当するものに○）	難病 ・ がん		
雇入れ日・復職日における 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 ※同上的場合は ☒ ☐	(名称)		
	〒 —		
	電話番号		