

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  
 実績報告書

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15条の規定に基づき、下記のとおり実績を報告します。

記

1 奨励金支給申請額 金 \_\_\_\_\_ 円  
 (内訳)

採用奨励金	円
雇用継続助成金	円
制度導入加算	円

2 支給対象者の勤務実績（報告日現在で記入。）

フリガナ				生年月日	雇入れ・復職年月日	
氏名				年 月 日	年 月 日	
奨励金種別（該当するものに○）	採用奨励金 ・ 雇用継続助成金					
疾患区分（該当するものに○）	難病 ・ がん					
支給対象者の勤務実績	年 月 日から 年 月 日まで					
	週平均所定内実労働時間 _____ 時間 (小数点第三位切り捨てで記入) (雇入れ時又は復職時の週所定労働時間 _____ 時間)					
支給対象者への 月ごとの 賃金支払額 (控除前の額)	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
	円	円	円	円	円	円

3 担当者

所在地			
担当者所属		担当者氏名	
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		

○添付書類

- ①支給対象労働者の雇入れ・復職日から起算して6か月間に支払った賃金に係る賃金台帳の写し（原本証明したもの）
- ②支給対象労働者の雇入れ・復職日から起算して6か月間のタイムカード又は、出勤簿及びその他の労働時間が確認できる書類の写し（原本証明したもの）
- ③その他知事が必要とする書類