

第1号様式（第6条関係）

令和 8 年度障害者雇用奨励補助金交付申請書

令和8年6月 日

伊勢原市長 殿

申請者所在地

事業所名

代表者名

令和 8 年度障害者雇用奨励補助金の交付を受けたいので申請します。

記

1 補助金申請額 円

2 添付書類

(1) 障害者雇用状況書

第2号様式（第6条関係）

障害者雇用状況書

令和8年6月1日現在

氏 名		採 用 年 月 日 生 年 月 日 市 内 住 所		障 害 の 種 類 (程 度 級)		業 務 内 容	
		年 月 日					
		年 月 日					
		伊勢原市					
		年 月 日					
		年 月 日					
		伊勢原市					
		年 月 日					
		年 月 日					
		伊勢原市					
		年 月 日					
		年 月 日					
		伊勢原市					
		年 月 日					
		年 月 日					
		伊勢原市					
		年 月 日					
		年 月 日					
		伊勢原市					
会 社 の 概 要		総従業員数		障害者雇用数		備 考	
伊勢原 事業所は	・本社です ・支所等です	人		人			
連 絡 先	課	担当者名			Tel	()	

- 備考 1 障害の種類・程度は、障害者手帳及び療育手帳に基づき記入してください。
- 2 市内に支所等がある場合は、本社に含めてください。