

捨印

代表者印と同じ印を押印してください。

様式第1号（第5条、第11条、第12条関係）

市川市雇用促進奨励金交付申請書兼交付再申請書

年 月 日

市川市長

日付は、空欄

所在地 市川市八幡1-1-1
事業所名 株式会社いちかわサービス
代表者名 市川 太郎 印
電話番号 047-123-4567

市川

市川市雇用促進奨励金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

社印は不可です。
代表者印又は代表者個人名の印をお願いします。
シャチハタは不可です。

奨励対象労働者の住所	市川市八幡12-345		
奨励対象労働者の氏名	市川 二郎	雇用入れ日の年齢です。申請日の年齢を書かないでください。	男性・女性
奨励対象労働者の生年月日	平成4年6月7日	年齢	25歳 (雇用年月日現在)
奨励対象労働者の雇用年月日	平成29年10月1日	職種	事務
交付の対象となる期間	第 1 期 (※)	平成30年10月16日から 平成31年 4月15日まで	
市川市雇用促進奨励金の区分	1 公共職業安定所の紹介	2 職業紹介事業者の紹介	
	1 中小企業事業主	2 大企業事業主	
	1 身体障害者・知的障害者 (45歳未満)	2 身体障害者・知的障害者 (45歳以上)	
	3 精神障害者	4 母子家庭の母等 (父子家庭の父を含む。)	
	4 長時間労働重度障害者	6 短時間労働重度障害者	
障害者の場合	手帳名	身体障害者手帳	程度又は級 4 (級)

それぞれの該当に○を付けてください。

※ 第1期 市川市雇用促進奨励金交付規則第5条の規定により申請をする場合
第2期 市川市雇用促進奨励金交付規則第11条の規定により申請をする場合

訂正がある場合は、二重線を引き、代表者印を押印してください。
なお、消せるボールペンは使用しないでください。