第１号様式（第５条関係）

神奈川県精神障害者職場指導員設置補助金交付申請書

 年 月 日

神 奈 川 県 知 事 殿

所 在 地

名　　称

代表者名

 年度神奈川県精神障害者職場指導員設置補助事業について補助金の交付を受け

たいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 事業所の名称事業所の所在地 |  |
| ２ | 補助事業の目的及び内容 | 　　年　　月　　日に雇い入れた精神障害者の職場適応のために職場指導員を選任しているため。 |
| ３ | 申請年度における補助対象期間 | 　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| ４ | 交付申請額 | 前期分（ ４月～９月） 円後期分（１０月～３月） 円 |
| ５ | 交付申請額の算出方法 | 前期分 月分×３０，０００円（１年目）　　　 月分×２０，０００円（２～３年目）後期分 月分×３０，０００円（１年目）　　 月分×２０，０００円（２～３年目） |
| ６ | 補助事業の対象となることの事実確認 | 別紙のとおり |

別紙（第１号様式の２）

確 認 事 項

|  |
| --- |
| １ 企 業 全 体 に 関 す る 事 項 |
| 常時雇用する労 働 者 数 | 資本の総額又は出 資 の 総 額 | 主 た る 事 業 |
| 人 | 円 | １ 小売業・サービス業２ 卸売業 ３ その他 |
| ２ 申 請 事 業 所 に 関 す る 事 項 |
| （１）常時雇用する労働者数 人 |
| （２）職場指導員に関する事項 |
| ア | 指 導 員 氏 名 | イ | 生 年 月 日 | ウ | 指導員に選任された年月日 | エ | 現在の役職 |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |
|  | 年 月 日 | 年 月 日 |  |
| ３　過去の当該補助金の受給実績に関する事項（該当する項目にチェックを入れてください。） |
| 　□　過去、当補助金を受給したことはありません。　□　過去、当補助金を受給したことがあります。（下記に補助期間、当時の事業所名、事業所所在地を記載ください。）　　（補助期間）　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（事業所名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４　「障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金）」又は「職場適応援助者助成金（企業在籍型職場適応援助者による支援）」の受給実績に関する事項（該当する項目にチェックを入れてください。） |
| □　当助成金を受給したことはありません。　□　当助成金を受給したことがあります。（下記に受給した助成金の名称、補助期間を記載ください。）　　（補助金の名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（補助金の対象者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（補助期間）　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

別紙（第１号様式の３）

代表者・役員等氏名一覧表

　　年　　月　　日現在の役員

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | 氏　名 | 氏名のカナ | 生年月日(大正T､昭和S､平成H) | 性別(男･女) | 住所 |
| 代表者 |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |
|  |  |  | TSH　　 ．　　． |  |  |

　記載された全ての者は、代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

事業所名

代表者氏名