

障害者雇用安定促進助成金継続雇用計画書

障害者雇用安定促進助成金交付要綱第6条の規定に基づき、交付対象となる障害者の継続雇用計画について次のとおり提出します。

年 月 日

①	所在地 〒
事	
業	事業所名
主	代表者 氏名

事業主が法人である場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の氏名を記入すること。

山梨県知事

殿

② 雇用事業所	(1) 事業所数	か所（県内外を問わず全ての事業所数）		
	(2) 資本金の額又は出資の総額	万円	(3) 常時雇用する労働者数	人
	(4) 交付対象者の勤務事業所	所在地 〒 名称		
③ 対象労働者	(1) フリガナ氏名	(2) 生年月日		(3) 性別
		年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女	
	(4) 住所	(9) 対象者の種別	a 重度身体障害者 b 重度知的障害者 c 45歳以上の身体障害者 d 45歳以上の知的障害者 e 精神障害者 f 45歳未満の身体障害者 g 45歳未満の知的障害者	
	(5) 雇用年月日	年 月 日		
	(6) 従事する業務の内容			
	(7) 対象労働者の雇用形態			
	a 無期雇用 b 有期雇用 (年 月まで) 更新予定 有 無			
	週 _____ 時間勤務			
(8) 支給賃金 (該当に○をして金額を記入)	(10) 特定求職者雇用開発助成金受給期間	年 月 日から 年 月 日まで か月間		
a 時給 b 日給 c 月給		円		
担当者所属・職・氏名				
連絡先	電話	ファックス	メールアドレス	

(1) 交付対象者の特開金交付決定通知書 (写) (2) 障害者手帳等交付対象者であることを証する書類 (写)