様式第３号（第６条関係）

長泉町がん患者就業雇用奨励金交付申請書

年　　月　　日

長泉町長　　　　　　　様

所在地

事業所名

代表者名

電話番号

　長泉町がん患者就業雇用奨励金の交付を受けたいので、長泉町がん患者就業雇用奨励金交付要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

１　奨励金交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　円

２　奨励金交付申請額の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 交付金額区分 | 交付申請額 |
| 採用奨励金（週所定労働時間30時間以上） | 80万円（40万円） | 円 |
| 採用奨励金（週所定労働時間20時間以上30時間未満） | 50万円（25万円） | 円 |
| 雇用継続奨励金（週所定労働時間30時間以上） | 60万円（30万円） | 円 |
| 雇用継続奨励金（週所定労働時間20時間以上30時間未満） | 40万円（20万円） | 円 |

※交付金額区分の(　)内は、町外在住者を雇用した場合の金額

３　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者の住所 | 〒 | | |
| フリガナ |  | | 雇用年月日 |
| 対象者の氏名 |  | | 年　　月　　日 |
| 就業場所 | 勤務先事業所名 |  | |
| 所在地 | 〒 | |

　長泉町がん患者就業支援計画書に基づき、就業支援について合理的な範囲で必要な配慮を受けたこと及び添付された誓約書の内容について事実と相違ないことを認めます。

　　　　　年　　　月　　　日

（本人署名）　　　　　　　　　　　　　㊞

４　添付書類

⑴　誓約書（様式第４号）

⑵　長泉町がん患者就業雇用奨励金雇用状況報告書（様式第５号）

⑶　対象者を雇い入れた日又は復職させた日から起算して６月を経過する日までの間のタイムカード、出勤簿その他の対象者の労働実績を確認することができるものの写し

⑷　対象者に係る雇用保険法施行規則第９条第１項の雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主通知用）の写し

⑸　対象者に係る健康保険法施行規則第24条第１項の健康保険被保険者資格取得届の写し

⑹　対象者に係る厚生年金保険法施行規則第15条第１項の厚生年金保険被保険者資格取得届・70歳以上被用者該当届の写し

⑺　その他町長が必要と認める書類