

東京都知事 殿

企業等の所在地
 企業等の名称
 代表者役職・氏名 (印)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金
 支給申請書

東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下「奨励金」という。）について、奨励金支給要綱第11条、第12条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 奨励金支給申請額 金 _____ 円

2 奨励金支給申請額の内訳（該当するものを記入のこと。）

区分	支給金額区分	支給申請額
採用奨励金（週所定労働時間20時間以上）	60万円	円
採用奨励金（週所定労働時間20時間未満）	40万円	円
雇用継続助成金（復職支援）	30万円	円
雇用継続助成金（制度導入加算）	10万円×（ ）制度	円

※今年度、本申請にて対象となる労働者以外について本奨励金の申請をしている

3 支給対象労働者詳細（申請日現在を記入のこと。）

事業所名：			
フリガナ		生年月日	雇入れ・復職年月日
氏名		年 月 日	年 月 日
疾患区分（該当するものに○）	難病 ・ がん		
雇入れ日・復職日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地	(名称)		
	〒 _____ 電話番号 _____		
申請日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地 ※同上的場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(名称)		
	〒 _____ 電話番号 _____		