

川西市障がい者トライアル雇用奨励金・継続雇用奨励金 居住状況等確認同意書

川西市長あて

所在地  
事業者名  
代表者名  
(電話番号 ( ) )

川西市障がい者トライアル奨励金・継続雇用奨励金支給要綱第7条、第14条の規定に基づく奨励金の申請に当たり、下記のとおり対象者から同意を得ていることを証します。

記

トライアル雇用・継続雇用した対象者氏名

住 所	
ふりがな	
氏 名	
生年月日（西暦）	年 月 日

私が第4条・第11条に規定する対象者であることについて調査することを承諾します。

対象者氏名 印  
(但し、本人自筆の場合は、印を省略できる。)

【第4条の内容】トライアル雇用奨励金の対象者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 川西市に住所を有する障がい者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第19条第3項の規定に基づき川西市が支給決定を行う者
- (2) 国の障害者トライアル雇用助成金の支給対象労働者

【第11条の内容】継続雇用奨励金の対象者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 第4条第1号に掲げる者
- (2) 国の特定求職者雇用開発助成金の支給対象労働者である身体障害者、知的障害者又は精神障害者