別紙

柏崎市障がい者トライアル雇用助成金に係る対象障がい者調書

柏崎市長　　　　　　　　　様

（申請者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障がい者 | 住所 | 柏崎市 |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| トライアル雇用期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| トライアル雇用期間の賃金総額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 国のトライアル雇用助成金の支給決定年月日、支給決定番号及びその額 | 年　　月　　日　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障がい者 | 住所 | 柏崎市 |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| トライアル雇用期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| トライアル雇用期間の賃金総額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 国のトライアル雇用助成金の支給決定年月日、支給決定番号及びその額 | 年　　月　　日　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障がい者 | 住所 | 柏崎市 |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| トライアル雇用期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| トライアル雇用期間の賃金総額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 国のトライアル雇用助成金の支給決定年月日、支給決定番号及びその額 | 年　　月　　日　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　円 |