

別 記

第 1 号様式（第 5 条関係）

白井市障害者職場実習奨励金交付申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

住 所

氏 名

印

電 話

〔法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

白井市障害者職場実習奨励金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

記

申請金額		円
事業内容		
従業員数		
職場実習等	実習場所・所在地	
	実習期間	年 月 日から 年 月 日まで
		日間
実習者名	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	障害の種別	1 身体障害者 2 知的障害者 3 精神障害者 4 その他（ ）

第2号様式（第5条第1号関係）

白井市障害者職場実習内容報告書

実習者氏名：

実習日	実習時間帯	実習内容（具体的に記入）
年 月 日（ ）	時 分 から 時 分	
年 月 日（ ）	時 分 から 時 分	
年 月 日（ ）	時 分 から 時 分	
年 月 日（ ）	時 分 から 時 分	
年 月 日（ ）	時 分 から 時 分	
備考		

※用紙が足りない場合は複写してご利用ください

第4号様式（第7条関係）

白井市障害者職場実習奨励金交付請求書

年 月 日

（宛先）白井市長

住 所
氏 名 ⑩
電 話

〔法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

年 月 日付で交付決定通知のあったこのこと
について、次のとおり請求します。

請求金額		金 額		円	
振 込 先	銀行 店				
	1 普通 2 当座	口座番号			
	口座名義	フリガナ			