

～利用申込書の書き方～

注: **実習前**に必ず利用申込書(第1号様式(2))と誓約書(第1号様式別紙)を財団にご提出ください。

(第1号様式(2)) (短時間実習用)

捺印

年 月 日

申請日(実習開始前の日付)

公益財団法人東京しごと財団 理事長 殿

印鑑登録証明書と
同じ内容を記入

所在地
法人名称
代表者職・氏名

印

印鑑登録
証明書の印

東京しごと財団職場体験実習助成事業利用申込書 (短時間実習用)

東京しごと財団職場体験実習助成事業の利用につきまして、下記のとおり申し込みます。

記

1 法人等の状況及び実習概要

申請窓口 事業所 (予定)	名称	株式会社しごとや		
	事業所 所在地	〒100-0000 港区新橋0-0-0		
	担当部署	総務部 総務課	担当者名	飯田橋 太郎
	TEL	00-0000-0000	FAX	00-0000-0000
常時雇用する労働者数	(直近の6月1日現在) <input checked="" type="checkbox"/> 300人以下			
雇用している障害者 (障害種別)	申込日以前直近の6月1日現在: <input checked="" type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない 身体・知的・ <input checked="" type="checkbox"/> 精神・ <input checked="" type="checkbox"/> 発達・難病・高次脳機能			
障害者雇用率制度	雇用義務: (<input checked="" type="checkbox"/> ありなし) 雇用の不足: (<input checked="" type="checkbox"/> ありなし)			
受入れ可能な障害種別	身体・知的・ <input checked="" type="checkbox"/> 精神・ <input checked="" type="checkbox"/> 発達・難病・高次脳機能			
実習概要	実習期間 (6/21 ~ 6/25 頃を予定) <input checked="" type="checkbox"/> 1日2時間以上×5日間以上の実習である。 <input checked="" type="checkbox"/> 終了後に所属支援機関と振り返りを行う実習である。 <input checked="" type="checkbox"/> 実習場所が都内 (港 区 市) である。 <input checked="" type="checkbox"/> 実習生の受入方法 (<input checked="" type="checkbox"/> 随時紹介・ <input type="checkbox"/> 面談会・ <input type="checkbox"/> その他) <input checked="" type="checkbox"/> 実習内容の詳細を別紙で提出			
備考 (短時間実習の理由)	発達障害の症状のうち、過集中傾向が強く、疲れがたまりやすいため、短時間から実習を実施することが望ましいため。			

障害者を雇用している
場合:

障害種別にも○(障害
が重複している場合は
障害種別全てに○)

障害者未雇用の場合:
障害種別には○しない

申請を行っ
ている窓口
を記入

チェックを
いれる

実習生の紹介を
受けた手段に○
※随時紹介・面談
会とは、東京しご
と財団が行ってい
る随時紹介・面談
会を利用した場
合を指します

雇用義務:

- 常時雇用する労働者数が43.5人以上の企業 → ありに○
- 常時雇用する労働者数が43.5人未満の企業 → なしに○

雇用の不足:

- 常時雇用する労働者数が43.5人以上の企業のうち、法定雇用率を満たしていない企業 → ありに○
- 法定雇用率を満たしている企業、又は常時雇用する労働者数が43.5人未満の企業 → なしに○

「短時間実習の理由」
について
忘れずにご記入
ください。

～ご注意ください～ (ア) 障害者を雇用していない 又は 雇用率未達成の企業等

(イ) 雇用する障害者とは異なる障害種別の実習生を受け入れた企業等

左記(ア)または(イ)の場合に
助成金の対象となります。
※他にも要件があります。