様式第２号（第４条関係）

　　年　　月　　日

茅野市インターンシップ等促進事業補助金交付申請書

（宛先）茅野市長

　住所又は所在地

事業者名

代表者職氏名

　茅野市インターンシップ等促進事業補助金の交付を受けたいので、茅野市インターンシップ等促進事業補助金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| インターンシップ  実習生 | 支援機関名称 |  | | | | | |
| (ふりがな)  氏　　　　名 |  | | | | 年齢 |  |
| 心身障害の  状況 | 障害名 | |  | | | |
| 程　度 | |  | | | |
| 実　施　概　要 | 実習期間 | 月　　日　から　　　月　　日まで（実働　　　日） | | | | | |
| 実習場所 | 所在地 |  | | | | |
| 名　称 |  | | | | |
| 実習内容 |  | | | | | |
| 補助金申請額※1 | | (1) 6,000円×受入日数　　　日＝　　　　　　　　　　　　　円  (2) 100,000円－交付決定済総額　　　　　　　円＝　　　　　円 | | | | | |
| その他  確認事項 | 暴力団又は公序良俗に反する活動その他反社会的勢力への関与はないか※2。 | | | | * 関与はない * 関与がある | | |
| 学生等の職業選択能力及び就業意識の向上並びに就労促進を図る本補助金の趣旨に鑑み、就業体験の目的、方法、経費負担、安全確保、災害補償又は関係法令の順守等について、予め補助対象者において実施体制を整備したか※2。 | | | | * 整備した * 整備していない | | |
| 本申請の担当者  及び連絡先 | | 担当者職・氏名： | | | | | |
| 電話：　　　　　　　　　　　FAX：  Email： | | | | | |

※1　事業者当たり年間100,000円を限度とする。本申請により限度額を超えない場合は、障害者は1人1日あたり6,000円(受入日数の上限は3日)として(1)を記入する。本申請により限度額を超える場合は(2)を記入する。

※2　右欄の該当するものにチェックをする。

【申請内容を確認する添付書類】

(1)　支援機関からの依頼書の写し及び支援機関に提出する実施報告書の写し（支援機関からの依頼によりインターンシップを実施した場合に限る。）

(2)　就業体験報告書（様式第３号）及びインターンシップの実施状況が確認できる写真（市内事業者自らが企画してインターンシップを実施した場合に限る。)

(3)　障害者手帳等の写し

(4)　市税（国民健康保険税を含む）の納税証明書