第１号様式（第４条）

鎌倉市障害者就労支援事業所開設補助金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）鎌　倉　市　長

所在地

申請者　名　称

代表者　　印

電　話

障害者就労支援事業所の開設に係る補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

事業所の名称	
事業所所在地	
神奈川県指定日	年　　月　　日
開設した事業所種別 ※該当するものに〇印	１．就労移行支援　　２．就労継続支援
補助申請額	，０００円
補助申請額 算出内訳	（開設費用）　　（補助申請額） ×２／３＝ ※ ※ 1,000 円未満切り捨て