

第10号様式（第12条関係）

本社機能移転補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）江別市長

所在（主たる事務所の所在地）
申請者
氏名（名称及び代表者の氏名）⑩

江別市企業立地等の促進に関する条例施行規則第12条第1項の規定による本社機能移転補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

- 1 認定対象施設の所在及び名称
- 2 立地計画の認定年月日 年 月 日
- 3 事業開始年月日 年 月 日
- 4 20人以上の雇用増を満した年月日 年 月 日
- 5 固定資産税評価額（賃借による本社機能移転施設の場合は、家屋欄記入不要）

円

資産の種類	固定資産税評価額
家 屋	円
償却資産	円
合 計	円

- 6 賃料（賃借による本社機能移転施設の場合のみ記入）

円

- 7 補助金交付対象人数

市内居住者雇用増 人 うち障がい者 人
市外居住者雇用増 人

- 8 補助金交付申請額 円

- 9 本社機能移転に伴う雇用に関する事項
別紙のとおり

(関係書類)

- 1 認定対象施設の建築確認通知書及び検査済証の写し（賃借の場合は不要）
- 2 納税を証する書類（賃借による本社機能移転施設の場合は、賃貸借契約書の写し及び賃料の支払状況を確認できる書類）
- 3 対象施設の交付申請日前直近の決算日における雇用者名簿
- 4 雇用者名簿に記入した雇用者が第2条第4号イ、ウ、エのいずれにも該当することを証する書類（市内居住の障害者の場合にあっては、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し）
- 5 その他市長が必要と認めた書類

別紙

区分		内訳	認定申請日前直近の決算日における雇用者数 (A)	交付申請日前直近の決算日における雇用者数 (B)	増減 (B - A)	
認定対象施設	既存雇用者数	市内居住	うち障害者 人	内訳	既存雇用 人	
					うち障害者 人	
				市内対象施設配置換え 人		
			うち障害者 人	計	うち障害者 人	人
			うち障害者 人			
	市外居住	人	内訳	既存雇用 人		
				市内対象施設配置換え 人		
	新規雇用者数	市内居住	/	内訳	新規雇用 人	
					うち障害者 人	
				市外対象施設配置換え 人		
		うち障害者 人	計	うち障害者 人	人	
		うち障害者 人				
市外居住	/	内訳	新規雇用 人			
			市外対象施設配置換え 人			
		計	人	人		
	雇用者数小計		人	人	人	
他の市内対象施設	(施設名称)	雇用者数	人	人	人	
	(施設名称)	雇用者数	人	人	人	
	(施設名称)	雇用者数	人	人	人	
	雇用者数小計			人	人	人
合計			人	人	人	

注 雇用者名簿に記載された人数と一致するよう記載してください。

障害者とは、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を持つ者です。