

장애인 고용장려금 부정수급 신고서

접수번호		접수일		처리기간 30일	
신 고 인	성 명			주민등록번호	
	주 소	(전화번호:) (휴대전화:)			
신 고 인	성 명			주민등록번호	
	주 소	(전화번호:) (휴대전화:)			
부정수급 신고내용	부정수급 사업체명		대표자명		
	소 재 지		전화번호		
	부정수급 기간				
	부정수급의 내용 (구체적으로 적습니다)				

「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제32조, 같은 법 시행령 제31조제1항 및 같은 법 시행규칙 제14조제1항에 따라 위와 같이 () 사업주의 부정수급사실을 신고합니다.

년 월 일
신고인 (서명 또는 인)

지방고용노동청(지청)장
한국장애인고용공단 ○○○○○○장 귀하

첨부서류	증거자료가 있는 경우 첨부
------	----------------

