[별지 제19호서식] <개정 2020. 12. 10.>

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

처리절차

신고서 작성	→	접 수	→	부정수급사실 조 사 확 인	→	결 재	→	결과 통지
신고인		처 리 기 관 (한국장애인고용공단, 지방노동관서, 수사기관)		처 리 기 관 (한국장애인고용공단)		처 리 기 관 (한국장애인고용공단)		

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]