

東京都知事 殿

企業等の所在地

企業等の名称

代表者役職・氏名

(印)

東京都中小企業障害者雇用支援助成金  
**継 続 雇 用 計 画 書**

東京都中小企業障害者雇用支援助成金支給要綱第7条の規定に基づき、当該支給対象者となる障害者の継続雇用の計画について以下の通り、提出します。

記

担当者所属		氏名	
電 話		FAX	
メールアドレス	@		
支給対象者の継続雇用計画			
支給対象者の特定求職者雇用開発助成金番号		フリガナ	
		氏名	
上記特定求職者雇用開発助成金受給満了日 (各算定期間の末日)【注】	1期	平成	年 月 日まで
	2期	平成	年 月 日まで
	3期	平成	年 月 日まで
	4期	平成	年 月 日まで
上記受給満了日以降の継続雇用計画 (該当に )	継続雇用 平成 年 月 日から		
	雇用形態 ・正規(一般)雇用 ・短時間雇用(週 時間労働) ・期間の定めなし ・期間の定めあり ( 年 月 日まで) ・雇用期間の更新 ・あり ・なし		
上記対象者障害種別(該当に )	身体・知的・精神 一般 ・ 短時間 重度・45歳以上・重度以外		

対象障害者が2名以上いる場合は、この用紙を複写して記入してください。

【注】国の特定求職者雇用開発助成金では、平成20年12月1日以降に中小企業が対象障害者を雇い入れた場合は、重度等以外の障害者は3期、重度等の障害者は4期まで、支給対象期間が拡充されたため、ご注意ください。