

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)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金
 (採用定着・復職) 支援計画書

東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下、「奨励金」という。）について、奨励金支給要綱第8条、第9条の規定に基づき、当該支給対象者になる労働者の支援計画について、下記のとおり提出します。

記

1 申請事業主概要

事業所名			
所在地		〒	
担当者所属		担当者氏名	
連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス		
事業主事業規模（※1）		<input type="checkbox"/> 中小企業事業（復職支援計画書の提出の場合のみ記入する。）	
業種（該当するものに✓）（※1）		資本金又は出資の総額（※1）	常時雇用する労働者の数（※1）
<input type="checkbox"/> 小売業・飲食業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他の業種		万円	人
主たる事業の産業分類（中分類） 【 】			

（※1）の項目については、復職支援計画書を提出される場合にのみ、復職日現在における状況をご記入ください。

2 支給対象者就業事業所（上記1の申請事業主概要と相違する場合のみ記入する。）

事業所名			
所在地		〒	
担当者所属		担当者氏名	
連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス		

3 雇入れ時又は復職時における制度導入の有無

新たな支援制度の導入の有無	有 ・ 無
制度の内容	

4 (採用定着・復職) 支援計画書

フリガナ		生年月日	年	月	日		
氏名			年	月	日		
雇入れ日 職場復帰日	年	月	日	6 か月間の 雇用満了予定日	年	月	日
支援期間中の 業務内容(※2)							
支援期間中の就業上の措置・治療への配慮等(※2)				本人からの要望(※2)			
特記事項(※2)							

(※2)の項目については、雇入れ後、疾患の状況や治療の進捗によって、見直しの必要があれば、改めて、話し合いを行い見直すこと。

就業にあたっての労働条件、及び、上記内容について、
話し合いを行い、同意しました。

____年 月 日 (本人署名)

印

話し合いを行い、計画に基づき、就業支援を行います。

____年 月 日 (事業主名)

印