

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	F A X 番号	
	メールアドレス		
事業主事業規模（※ 1）		☐ 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）
☐ 小売業・飲食業 ☐ 卸売業 ☐ サービス業 ☐ 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	F A X 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					
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	
週所定労働時間 (該当する事項を ○で囲む)	採用定着	雇入れ時	20 時間以上 ・ 10 時間以上 20 時間未満		
	復職	職場復帰時	20 時間以上 ・ 10 時間以上 20 時間未満		
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)

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 (事業主署名又は記名押印)