

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、以下のとおり提出します。

記

1 支給対象者の継続雇用計画（作成日現在で記入。支給対象者が複数の場合は複写して作成すること）

フリガナ		雇用年月日	年 月 日
氏名		特定求職者雇用開発助成金等 助成金支給番号	
障害区分及び程度 (該当するものに○)	身体・知的・精神・発達・難病 一般・短時間（1週間の所定労働時間： 時間） 重度・45歳以上 ※「45歳以上」は雇用日現在		
特定求職者雇用開発助成金等 受給対象期間 (最終期は第4期または第6期 該当するものに○)	第1期の初日 年 月 日から 第4／6期の末日 年 月 日まで		
上記受給満了日以降の継続雇用計画 (該当するものに○)	継続雇用 年 月 日から		
	雇用形態 ・正規（一般）雇用 ・短時間雇用 ・期間の定めなし ・期間の定めあり ( 年 月 日まで) (期間の定めありの場合) 雇用期間の更新 ・あり ・なし		

2 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

支給 対象者	事業所名	
	就業場所	
担当者	所属・氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	
	書類送付先	〒