

島本町障害者雇用奨励金支給要綱

(令和 6 年 4 月 1 日)

島本町障害者雇用奨励金等支給要綱(昭和56年4月1日施行)の全部を改正する。
(目的)

第1条 この要綱は、障害者を雇用する島本町内(以下「町内」という。)の事業所に対し、島本町(以下「町」という。)から障害者雇用奨励金(以下「奨励金」という。)を支給することにより、身近な地域で障害者の働く場の確保を図り、もって障害者の自立と福祉の増進に資することを目的とする。

(雇用対象者及び雇用条件)

第2条 奨励金の支給根拠となる雇用対象者は、町内に居住し、かつ、町の住民基本台帳に記録されている者であって、別表第1の左欄に掲げる雇用対象者区分に該当する障害者とする。

2 前項の雇用対象者は、次に掲げる条件を満たして雇用されている者とする。

(1) 次のいずれかの方法で雇用されていること。

ア 公共職業安定所(ハローワーク)の紹介による雇用

イ 職場適応訓練の終了後の雇用

ウ 障害者対象のトライアル雇用助成金の支給期間終了後の雇用

(2) 雇用保険一般被保険者として、6か月間以上継続して雇用予定であること。

(3) 週20時間以上勤務する条件で雇用されていること。

(4) 町内の事業所で勤務していること。

(雇用事業所)

第3条 奨励金の支給対象となる事業所(以下「雇用事業所」という。)は、次に掲げる要件を満たす事業所とする。

(1) 町内に所在する雇用保険適用事業所であること。

(2) 別表第2に掲げる雇用事業所区分に該当する事業所であること。

(3) 前条第1項に規定する雇用対象者を同条第2項に規定する条件で雇用する事業所であること。

(対象除外)

第4条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、支給対象外とする。

(1) 過去に雇用していた者を再度雇用する場合

(2) 雇用事業所の代表者又は運営法人の役員が3親等以内の親族を雇用する場合

(3) 週20時間未満の勤務条件で雇用する場合又は6か月未満の期間を定めて雇用する場合

(4) 国、地方公共団体又は独立行政法人が運営する事業所が雇用する場合

(5) 障害福祉サービスの就労継続支援A型事業の利用者として雇用する場合

(6) 雇用対象者の人件費が、町から受ける補助金、助成金又は委託料等の対象経費となっている場合

(7) 雇用事業所又は運営法人が、過去に本要綱の規定に違反した場合

(8) 雇用事業所、運営法人、雇用事業所の代表者又は運営法人の役員が、島本町暴力団排除条例(平成26年島本町条例第8号)に規定する暴力団、暴力団密接関係者をその構成員に含む団体又は暴力団員に該当する場合

(9) その他町長が不相当と認める場合

(支給額及び支給期間)

第5条 奨励金の支給額は、別表第1に定めるとおりとし、支給期間は、雇用対象者を雇用した月(当該月の雇用日数が16日以下のときは、その翌月)から12か月間以内とする。ただし、トライアル雇用の終了後に引き続き雇用した場合は、トライアル雇用助成金の支給期間が終了した月の翌月から12か月間以内とする。

- 2 支給対象期間内において、雇用事業所が雇用対象者を雇用しなくなったときは、雇用を終了した月（当該月の雇用日数が16日以下のときは、その前月）までとする。

（申請及び支給決定）

第6条 奨励金を受けようとする雇用事業所の代表者又は運営法人の代表者（以下「申請者」という。）は、雇用対象者を雇用した日（トライアル雇用の終了後に引き続き雇用する場合は、トライアル雇用助成金の支給期間が終了した日）から6か月以内に、島本町障害者雇用奨励金支給申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、町長に申請するものとする。ただし、申請日時点において雇用対象者の雇用が終了している場合は、支給対象としない。

- (1) 雇用対象者の障害者手帳の写し
- (2) 雇用対象者の雇用条件（雇用期間、勤務時間、賃金等）が確認できる書類（雇用契約書の写し等）
- (3) 雇用対象者の雇用保険加入が確認できる書類（雇用保険被保険者証の写し等）
- (4) 雇用対象者の雇用方法が確認できる書類（公共職業安定所の発行する就職証明書、職場適応訓練の決定通知書、トライアル雇用助成金の決定通知書の写し等）
- (5) 雇用対象者の雇用に関して支給される他の助成金等の内容が確認できる書類（特定雇用特定求職者雇用開発助成金その他の助成金等の決定通知書の写し等）
- (6) その他町長が必要と認める書類

- 2 前項の規定による申請を受けた町長は、内容を審査の上、奨励金の支給の可否を決定し、島本町障害者雇用奨励金決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

（奨励金の請求及び支給）

第7条 奨励金の請求時期は、年2回（4月及び10月）とし、4月に前年10月分から当年3月分までを請求し、10月に当年4月分から9月分までを請求するものとする。

- 2 前条第2項の規定による支給決定（以下「支給決定」という。）を受けた申請者は、前項に規定する請求月に、島本町障害者雇用奨励金請求書（様式第3号）に次に掲げる書類を添えて、請求対象期間のうち支給対象となる期間分の奨励金を町長に請求しなければならない。

- (1) 請求対象期間における雇用対象者の勤務状況が確認できる書類（出勤簿の写し等）
- (2) 請求対象期間における雇用対象者への賃金支払状況が確認できる書類（賃金台帳又は給与明細の写し等）
- (3) その他町長が必要と認める書類

- 2 前項の規定による請求を受けた町長は、内容を審査の上、支給額を確定し、島本町障害者雇用奨励金支給確定通知書（様式第4号）により申請者に通知するとともに、支給を適当と認めたときは、申請者の指定する金融機関口座への振込みにより奨励金を支給する。

（変更等の届出）

第8条 支給決定を受けた申請者は、奨励金の支給対象期間内において雇用対象者の雇用等に関し、次の各号のいずれかに該当する変更があったときは、島本町障害者雇用奨励金変更届（様式第5号）に変更内容が確認できる書類を添えて、町長に提出し、その承認を受けなければならない。

- (1) 雇用対象者の雇用条件又は勤務場所を変更する場合
- (2) 雇用対象者の雇用を終了する場合
- (3) 雇用対象者の障害程度又は住所が変更となる場合
- (4) 雇用事業所の運営を休止し、又は終了する場合
- (5) その他支給額、支給期間、支給要件等に影響する変更がある場合

- 2 前項の規定による届出を受けた町長は、変更内容を確認の上、支給期間、支給額

等の変更を行ったときは、島本町障害者雇用奨励金支給変更通知書（様式第6号）により申請者に通知する。

（調査及び指示等）

第9条 町長は、奨励金の適正な執行を期するため、必要があると認めるときは、申請者に対し報告若しくは資料の提出を求め、又は町職員を事業所に立ち入らせ、帳簿書類その他の物件を調査させ、若しくは関係者に質問若しくは必要な指示をさせることができる。

（帳簿等の整備等）

第10条 支給決定を受けた申請者は、当該事業に係る収入及び支出に関する帳簿並びに証拠書類（以下この条において「帳簿類」という。）を整備しておかなければならない。

2 支給決定を受けた申請者は、町長から請求を受けたときは、帳簿類を速やかに提示し、又は提出しなければならない。

3 支給決定を受けた申請者は、帳簿類を、支給が終了した月の翌月から5年間保管しなければならない。

（支給の取消し等）

第11条 町長は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、奨励金の支給決定若しくは支給を行わず、奨励金の支給額を減額し、奨励金の支給決定の全部若しくは一部を取り消し、若しくは変更し、又は支給した奨励金の全部若しくは一部を返還させることができる。

(1) 雇用対象者又は雇用事業所が支給対象要件に該当しなくなったとき。

(2) 支給対象期間における雇用対象者の賃金の一部又は全部が未払であるとき。

(3) 支給対象期間中に、事業主の都合で解雇するなど、雇用対象者を正当な理由なく雇用しなくなったとき。

(4) 支給対象期間中に、雇用事業所が運営を休止し、又は終了したとき。

(5) 前条に規定する調査等に協力せず、又は虚偽の報告を行い、若しくは町の指示に従わなかったとき。

(6) 虚偽の申請その他不正の手段により、奨励金の支給決定又は支給を受け、又は受けようとしたとき。

(7) 本要綱又は他の法令の規定に違反したとき。

(8) その他町長が不相当と認めるとき。

（その他）

第12条 この要綱に定めるもののほか、奨励金の支給に関し必要な事項は、所管部長が別に定める。

附 則

（施行期日等）

1 この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

2 改正後の島本町障害者雇用奨励金支給要綱（以下「新要綱」という。）の規定は、施行の日以後に雇用された障害者について適用する。ただし、トライアル雇用終了後に引き続き雇用された障害者にあつては、令和6年9月以後にトライアル雇用助成金の支給期間が終了した者について適用する。

（経過措置）

3 改正前の島本町障害者雇用奨励金等支給要綱（以下「旧要綱」という。）第5条の規定による支給決定（以下「旧支給決定」という。）を受けた事業所に対する支給は、令和6年9月分までの支給をもって終了する。ただし、旧支給決定による支給期間が12か月未満となる町内の事業所であつて、新要綱に規定する支給要件に該当するものについては、施行の日以後に新要綱第6条第1項の規定による支給申請を行い、同条第2項の規定による支給決定を受けた上で、12か月から旧要綱に基づき支給を受けた月数を控除した月数を支給期間の上限として、同年10月分から新要綱に基づく支給を受けることができるものとする。

別表第1（第2条、第5条関係）

雇用対象者区分	支給額
身体障害者手帳 1級・2級 療育手帳 A 精神障害者保健福祉手帳 1級	月額30,000円
療育手帳 B1・B2 精神障害者保健福祉手帳 2級・3級	月額25,000円

備考

- 1 雇用対象者は、雇用対象者区分に定めるいずれかの障害者手帳を交付されていること。
- 2 支給額は、月額に支給対象となる月数を乗じた額とする。ただし、支給対象期間における各月の雇用対象者の賃金支払済額から特定求職者雇用開発助成金その他の助成金等を控除した額が奨励金の月額を下回るときは、当該控除した額を支給する。

別表第2（第3条関係）

雇用事業所区分
(1) 資本金又は出資金3億円以下の法人が運営する事業所 (2) 資本金又は出資金が3億円を超える法人が運営するが、フランチャイズ方式により運営し、従業員を当該事業所が直接雇用している事業所 (3) 個人事業主が運営する事業所 (4) 社会福祉法人、医療法人、学校法人、特定非営利活動法人、一般社団法人、消費生活協同組合その他町長が認める非営利法人が運営する事業所

備考 雇用事業所は、雇用事業所区分に規定する各号のいずれかに該当すること。

様式第1号（第6条関係）

島本町障害者雇用奨励金支給申請書

年 月 日

島本町長 様

↓申請者＝事業所又は運営法人の代表者

申請者 法人又は事業所名
 所在地
 代表者職・氏名
 申請担当者氏名（ ）
 連絡先電話番号（ ）

障害者雇用奨励金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

1 【雇用対象者】（雇用した障害者）

(ふりがな)				生年月日	年 月 日
氏名					
住所	島本町			電話番号	
対象要件の確認 該当項目(□)にチェックを付けてください。	居住要件	<input type="checkbox"/> 島本町内に居住し、島本町に住民登録している			
	障害程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (□1級 □2級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (□A □B1 □B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (□1級 □2級 □3級)			
	雇用条件	<input type="checkbox"/> 次のいずれかの方法で雇用 → <input type="checkbox"/> 公共職業安定所（ハローワーク）の紹介による雇用 → <input type="checkbox"/> 職場適応訓練後の雇用（訓練終了日： 年 月 日） → <input type="checkbox"/> トライアル雇用後の雇用 （トライアル雇用助成金の支給終了月： 年 月） <input type="checkbox"/> 雇用保険一般被保険者として、6か月以上継続雇用予定 <input type="checkbox"/> 週20時間以上勤務する条件で雇用 <input type="checkbox"/> 島本町内の事業所で勤務			
雇用内容	雇用を開始した日	年 月 日	雇用期間	<input type="checkbox"/> 特に期間の定めなし <input type="checkbox"/> 年 月～ 年 月（ か月）	
	勤務時間	週：()日()時間 1日当たり：()時間	賃金	月額：()円 日額：()円 時間額：()円	
	業務内容	勤務場所： 主な業務：			

2 【雇用事業所】（障害者を雇用した事業所）

運営法人	名称： 所在地：	資本金又は出資金	円
対象となる事業所 （島本町内に所在）	事業所名	主な業務内容	
	所在地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他(島本町)	
	連絡先	電話番号： <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他() メールアドレス：	
事業所要件の確認 該当項目(□)にチェックを付けてください。	<input type="checkbox"/> 資本金又は出資金3億円以下の法人が運営する事業所 <input type="checkbox"/> 資本金又は出資金3億円超の法人が運営するが、フランチャイズ方式により運営し、従業員を当該事業所が直接雇用している事業所 <input type="checkbox"/> 個人事業主が運営する事業所 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人、医療法人、学校法人、特定非営利活動法人、一般社団法人、消費生活協同組合その他町長が認める非営利法人が運営する事業所		

(※裏面につづく)

(様式第1号:支給申請書の裏面)

3 【支給対象期間・支給申請額】

支給対象期間	年 月～ 年 月 (か月間) ※上限12か月間
支給月額	<input type="checkbox"/> 30,000円 (身体障害者手帳1・2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級) <input type="checkbox"/> 25,000円 (療育手帳B1・B2、精神障害者保健福祉手帳2・3級)
支給申請額	支給月額 ()円×支給対象期間 ()か月 = ()円

※支給対象期間＝ 雇用開始月（当該月の雇用日数が16日以下のときは、その翌月）から12か月間以内とする。ただし、トライアル雇用の終了後に引き続き雇用した場合は、トライアル雇用助成金の支給期間が終了した月の翌月から12か月間以内とする。

4 【その他の確認事項】

雇用対象者の雇用に関する他の助成金等の利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 特定休職者雇用開発助成金を利用 <input type="checkbox"/> その他の助成金等を利用 () →支給額 : (総額・月額 ()円) →支給対象期間: (年 月～ 年 月)
対象除外要件に該当しないことの確認 内容をすべて確認のうえ、□にチェックを付けてください。	<input type="checkbox"/> 次の対象除外要件には、 <u>全て該当しないことを確認しました。</u> ●過去に雇用していた者を雇用対象者として再度雇用 ●雇用事業所の代表者又は運営法人の役員の親族を雇用対象者として雇用 ●週20時間未満の勤務条件又は6か月未満の期間を定めて雇用 ●国・地方公共団体・独立行政法人が運営する事業所である。 ●就労継続支援A型事業の利用者として雇用対象者を雇用 ●雇用対象者の人件費が、島本町から受ける補助金、助成金又は委託料等の対象経費となっている。 ●雇用事業所又は運営法人が、過去に本要綱の規定に違反した。 ●雇用事業所、運営法人、雇用事業所の代表者又は運営法人の役員が、暴力団、暴力団密接関係者をその構成員に含む団体又は暴力団員に該当する。

5 【添付書類】 (添付書類を確認し、添付したものにチェックを付けてください。)

<input type="checkbox"/> 雇用対象者の障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 雇用条件（雇用期間、勤務時間、賃金等）が確認できる書類（雇用契約書の写し等） <input type="checkbox"/> 雇用対象者の雇用保険加入が確認できる書類（雇用保険被保険者証の写し等） <input type="checkbox"/> 雇用方法が確認できる書類 → <input type="checkbox"/> 公共職業安定所の発行する就職証明書等 (※ハローワークの紹介で雇用した場合) → <input type="checkbox"/> 職場適応訓練の決定通知書等 (※職場適応訓練後に雇用した場合) → <input type="checkbox"/> トライアル雇用助成金の決定通知書等 (※トライアル雇用後に雇用した場合) <input type="checkbox"/> 雇用対象者の雇用に関して支給される他の助成金等の内容が確認できる書類 (特定雇用特定求職者雇用開発助成金等の決定通知書等) <input type="checkbox"/> その他 ()
--

島本町障害者雇用奨励金決定通知書

第 年 月 日 号

(申請者)
 法人又は事業所名：
 代表者氏名： 様

島本町長

年 月 日付けで申請のあった島本町障害者雇用奨励金の支給申請について、次のとおり決定したので、通知します。

雇用対象者	氏名：
雇用事業所	法人名： / 事業所名：
決定区分	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 却下（却下理由：)
支給金額	支給月額： 円 / 支給総額： 円
支給期間	年 月～ 年 月（ か月分）
奨励金の請求時期	第1回請求： 年 月（ 年 月～ 年 月分） 第2回請求： 年 月（ 年 月～ 年 月分） 第3回請求： 年 月（ 年 月～ 年 月分）
備考	<p><奨励金の請求方法></p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記の各請求月内に、島本町障害者雇用奨励金請求書（様式第3号）に、勤務状況・賃金支払状況が確認できる書類を添えて、それぞれ請求期間分の奨励金を請求してください。 <p><変更の場合の届出></p> <ul style="list-style-type: none"> ・支給期間内において、次の各号のいずれかに該当する変更があったときは、変更内容が確認できる書類を添えて、島本町障害者雇用奨励金変更届（様式第5号）を提出してください。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 雇用対象者の雇用条件又は勤務場所を変更する場合 (2) 雇用対象者の雇用を終了する場合 (3) 雇用対象者の障害程度又は住所が変更となる場合 (4) その他支給額、支給期間、支給要件等に影響する変更がある場合 <p><支給の条件></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 奨励金の適正な執行のため、必要と認めるときは、町から報告又は資料の提出を求め、町職員による検査、質問、指示等を行うことがあります。 2 当該事業の収支に関する帳簿並びに証拠書類を整備し、町から請求されたときは当該帳簿類を速やかに提示、提出してください。また、当該帳簿は、支給終了月の翌月から5年間保管してください。 3 次のいずれかに該当するときは、奨励金の支給決定若しくは支給を行わず、支給額を減額し、支給決定の全部若しくは一部を取り消し、若しくは変更し、又は支給した奨励金の全部若しくは一部を返還させることがあります。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 雇用対象者又は雇用事業所が支給要件に該当しなくなったとき。 (2) 支給期間における雇用対象者の賃金の一部又は全部が未払であるとき。 (3) 支給期間中に、雇用対象者を正当な理由なく雇用しなくなったとき。 (4) 支給期間中に、雇用事業所が運営を休止し、又は終了したとき。 (5) 奨励金の適正な執行に関し、町からの調査等に協力せず、虚偽の報告を行い、町の指示に従わなかったとき。 (6) 虚偽の申請その他不正の手段により、支給決定又は支給を受けたとき。 (7) 島本町障害者雇用奨励金支給要綱又は他の法令の規定に違反したとき。 (8) その他町長が不適当と認めるとき。

様式第3号（第7条関係）

島本町障害者雇用奨励金請求書

年 月 日

島本町長 様

↓請求者=事業所又は運営法人の代表者

請求者 法人又は事業所名
所在地
代表者職・氏名

印

請求担当者氏名（ ）
連絡先電話番号（ ）

島本町障害者雇用奨励金について、次のとおり請求します。

1 【請求】

雇用対象者	氏名：
雇用事業所	法人名： / 事業所名：
請求区分	年 月請求分（第 回請求）
請求金額	円
請求内訳	支給月額（ ）円×請求対象期間（ ）か月＝（ ）円
請求対象期間	年 月～ 年 月分

2 【奨励金の振込先】（※原則として事業所、運営法人、事業所又は法人代表者名義の口座）

金融機関	銀行・信用金庫 農協・組合	預金種別	普通・当座
		口座番号	
	支店	口座名義	(フリガナ)

3 【雇用対象者の勤務状況・賃金支払状況】

請求対象月	勤務日数	賃金支払済額	他の助成金等の支給予定額（助成金名）
年 月	日	円	円（ ）
年 月	日	円	円（ ）
年 月	日	円	円（ ）
年 月	日	円	円（ ）
年 月	日	円	円（ ）
年 月	日	円	円（ ）

（確認欄） → 上記の勤務状況・賃金支払状況等は、事実と相違ありません。

→ 上記の請求対象期間の賃金に未払はありません。

→ 請求時点において、次の該当事項はありません（①正当な理由なく雇用対象者の雇用を終了した。②事業所の運営を休止し、又は終了した。）。

4 【添付書類】

<input type="checkbox"/> 請求対象期間における雇用対象者の勤務状況が確認できる書類（出勤簿の写し等）
<input type="checkbox"/> 請求対象期間における雇用対象者への賃金支払状況が確認できる書類（賃金台帳又は給与明細の写し等）
<input type="checkbox"/> その他（ ）

様式第4号（第7条関係）

島本町障害者雇用奨励金支給確定通知書

第 年 月 日 号

（請求者）
法人又は事業所名：
代表者氏名： 様

島本町長

年 月 日付けで請求のあった島本町障害者雇用奨励金の請求について、次のとおり支給額を確定したので、通知します。

雇用対象者	氏名：
雇用事業所	法人名： / 事業所名：
確定区分	<input type="checkbox"/> 請求額どおり支給 <input type="checkbox"/> 請求額から支給額を変更（理由： ） <input type="checkbox"/> 支給不可（理由： ）
請求区分	年 月請求分（第 回請求）
今回支給額 （確定額）	円
今回支給額の内訳	支給月額（ ）円×支給対象期間（ ）か月＝（ ）円
今回支給対象期間	年 月～ 年 月分
支給方法等	支給方法：請求書で指定された金融機関口座に振込 支給予定日： 年 月 日

様式第5号（第8条関係）

島本町障害者雇用奨励金変更届

年 月 日

島本町長 様

↓届出者=事業所又は運営法人の代表者

届出者 法人又は事業所名
所在地
代表者職・氏名

届出担当者氏名（ ）
連絡先電話番号（ ）

年 月 日付で支給決定のあった島本町障害者雇用奨励金について、内容に変更が生じたため、次のとおり届け出ます。

1【当初決定内容】

雇用対象者	氏名：
雇用事業所	法人名： / 事業所名：
支給金額	支給月額： 円 / 支給総額： 円
支給期間	年 月～ 年 月（ か月分）

2【変更内容】

<input type="checkbox"/> 雇用対象者の雇用条件又は勤務場所を変更する場合	
<input type="checkbox"/> 支給期間内に雇用対象者の雇用を終了する場合	雇用終了日： 年 月 日 終了の理由：
<input type="checkbox"/> 雇用対象者の障害程度又は住所が変更となる場合	
<input type="checkbox"/> 雇用事業所の運営を休止し、又は終了する場合	運営の休止日又は終了日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の変更	

3【変更に伴う支給期間・支給金額の修正】 ※期間・金額に変更が生じる場合に記入

支給対象期間	年 月～ 年 月（ か月間）
支給金額	支給月額： 円 / 支給総額： 円

※支給期間中に雇用を終了した場合は、雇用終了月（当該月の雇用日数が16日以下のときは、その前月）までが支給期間となります（ただし、事業主の都合での解雇など、正当な理由なく雇用対象者の雇用が終了した場合は、支給対象となりません。）。

4【添付書類】（変更内容が分かる書類）

<input type="checkbox"/> 雇用条件を変更する場合は、変更内容が確認できる書類（雇用契約書の写し等）
<input type="checkbox"/> 雇用を終了する場合は、雇用終了日が確認できる書類
<input type="checkbox"/> その他（ ）

様式第6号（第8条関係）

島本町障害者雇用奨励金支給変更通知書

第 年 月 日 号

（届出者）

法人又は事業所名：

代表者氏名： 様

島本町長

年 月 日付けで変更の届出のあった島本町障害者雇用奨励金について、次のとおり支給内容等を変更したので、通知します。

1 【雇用対象者・雇用事業所】

雇用対象者	氏名：
雇用事業所	法人名： / 事業所名：

2 【変更内容】

区分	変更前	変更後

3 【変更に伴う指示・連絡等】

--