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

↓届出者＝事業所又は運営法人の代表者

島本町長　様

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　　日付け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】**

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用対象者の雇用条件又は勤務場所を変更する場合 |  |
| 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： |
| 雇用対象者の障害程度又は住所が変更となる場合 |  |
| 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 |
| 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）**

|  |
| --- |
| 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）  雇用を終了する場合は、雇用終了日が確認できる書類  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |