様式第８号

　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金事業完了予定期日変更報告書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 労　働　局　長　殿 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者の表示） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |
|  | 社会保険労務士・氏名 |

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に働き方改革推進支援助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項に規定する提出代行者又は同則第16条の３に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

働き方改革推進支援助成金に係る事業完了予定期日の変更について、下記のとおり報告します。

記

１　事業完了予定期日

変更前　　　年　　月　　日

変更後　　　年　　月　　日

２　経費所要額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定額  （交付決定年月日） | 年度  受入済額 | 年度への  要繰越額 | 不用額 |
| 円  （　年　月　日） | 円 | 円 | 円 |

３　予定の期間内に完了しない（助成事業の遂行が困難になった）理由