

(様式第2号(表紙))

提出日： 年 月 日

労働局長 殿

障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース）

《職場定着支援計画書（変更届）》

事業所名： _____

※管轄労働局確認欄

受付日： 年 月 日

確認日： 年 月 日

受付番号：

確認印：



(様式第2号(共通))

【共通事項】

(事業所情報欄)

①事業主名	印													
②事業所住所	(〒 —)													
③電話番号	() —						④担当者							
⑤企業全体で常時雇用する労働者の数							⑥資本金の額もしくは出資の総額		万円					
⑦企業規模 (該当番号を○で囲む)	1 中小企業			⑧主たる事業										
	2 大企業													
⑨雇用保険適用事業所番号					—							—		
⑩労働保険番号	都道府県		所管		所管(1)		基幹番号					枝番号		

(代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄)

⑪代理・代行	1 代理人		社会保険労務士										
			2 提出代行者					3 事務代理者					
⑫代理人等氏名	印												
⑬住所	(〒 —)												
⑭電話番号	() —												

※ ①欄から④欄まで、⑨欄及び⑩欄、⑪欄から⑭欄まで(代理人・社会保険労務士による提出代行または事務代理者の場合)は必ず記入し、それ以外は変更する欄のみ記入してください。

【職場定着支援計画】

①職場定着支援計画期間	年 月 日	～	年 月 日
②職場定着支援計画期間中に講じる措置の項目	1 柔軟な時間管理・休暇取得（ 年 月頃 実施予定） 2 短時間労働者の勤務時間延長（ 年 月頃 実施予定） 〔 20未満→30以上 ・ 20未満→20以上30未満 ・ 20以上30未満→30以上 〕 3 正規・無期転換（ 年 月頃 実施予定） 〔 有期→正規 ・ 有期→無期 ・ 有期→多様 無期→正規 ・ 無期→多様 〕 4 職場支援員の配置（ 年 月頃 ～ 年 月頃 配置予定） 〔 雇用契約 ・ 業務委託契約 ・ 委嘱契約 〕 5 職場復帰支援（ 年 月頃 ～ 年 月頃 実施予定） 〔 時間的配慮等 ・ 職務開発等 〕 6 中高年障害者の雇用継続支援（ 年 月頃 実施予定） 7 社内理解の促進（ 年 月頃 実施予定） ※最初に実施する措置については、「頃」を二重線で取り消し、日付を記入してください。		
③対象者			
④全体の流れ			

⑤見込み対象労働者数

柔軟な時間管理・休暇取得				短時間労働者の勤務時間延長				正規・無期転換			
身体	知的	精神	その他	身体	知的	精神	その他	身体	知的	精神	その他
職場支援員の配置				職場復帰支援				中高年障害者の雇用継続支援			
身体	知的	精神	その他	身体	知的	精神	その他	身体	知的	精神	その他

※ 変更する欄のみ記入してください。