

# 高年齢労働者処遇改善促進助成金 《賃金規定等改定計画書(変更届)》

提出年月日： 年 月 日

労働局長 殿

〒  
所在地

事業主  
※雇用保険適用事業所の所在地、名称、代表者氏名及び電話番号を記載してください。

名称  
代表者氏名

電話

〒  
所在地

代理人又は事務代理人・選出代行者  
※申請者が社会保険労務士法施行規則(昭和42年厚生省令第1号)第16条第2項に該当する選出代行者又は同法施行規則第16条の3に規定する事務代理人の場合は事業主側に事業主の所在地、名称、代表者氏名及び電話番号を記載し、代理人又は事務代理人・選出代行者に事業代理人・選出代行者の所在地、名称、氏名及び電話番号を記載してください。

電話

標記について、次のとおり賃金規定等改定計画書(変更届)を提出します。

変更前賃金規定等改定計画書の受付番号： 号  
※変更前の賃金規定等改定計画書の写しを添付してください。

変更する項目のみに☑をし、変更内容を記載してください。

- 1. 雇用保険適用事業所番号 \_\_\_\_\_
- 2. 労働保険番号 \_\_\_\_\_
- 3. 賃金規定等改定予定年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃改定予定
- 4. 算定対象労働者一覧

番号	①氏名	②雇用保険被保険者番号	③60歳到達時賃金月額	④賃金月額の75%
1		-	円	0円
2		-	円	0円
3		-	円	0円
4		-	円	0円
5		-	円	0円
6		-	円	0円
7		-	円	0円
8		-	円	0円
9		-	円	0円
10		-	円	0円
11		-	円	0円
12		-	円	0円
13		-	円	0円
14		-	円	0円
15		-	円	0円
16		-	円	0円
17		-	円	0円
18		-	円	0円
19		-	円	0円
20		-	円	0円

※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：

提出上の注意

変更する項目により、変更届けの提出日が異なりますので注意願います。

3. 賞金規定等改定予定年月日の変更については、変更後の賞金規定等改定予定日の前日までに  
それ以外の変更については、支給対象期（賞金規定等改定の措置に基づき増額された賞金が支払われた日の属する月から最初の6  
か月を支給対象期の第1期とし、以後6か月ごとに第2期、第3期、第4期といいます。）の第1期支給申請日までに  
管轄労働局長に提出してください。