様式６

|  |
| --- |
| 勤労者財産形成給付金契約に係る払込配分割合変更届 |
|  |  |  |
| 年　　月　　日　　　厚生労働大臣　殿 | 事業主 | 名称住所又は主たる事務所の所在地代表者の氏名 |  |
| 取扱機関 | 名称主たる事務所の所在地代表者の氏名 |  |
| 承認番号 |  | 承認年月日 | 年　　月　　日 |

下記のとおり払込配分割合の変更をしたので届けます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契約変更日 | 年　月　日 | 変更後の最初の拠出日 | 年　月　日 |
| 取　扱　機　関 | 払　込　配　分　割　合 |
| 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

様式６　記載要領

　　この届出書は、取扱機関が複数の場合であって払込配分割合が変更されたとき（取扱機関の追加に伴って変更された場合を除く。）に提出するものであり、記載に当たっては下記の事項に留意すること。

　１　この届出書は、共同受託の場合には業界幹事会社が、一括支払機関がある場合には一括支払機関が作成すること。

　２　「事業主」欄

　　　共同契約の場合には、中心となる事業主について記載すること。

３　「承認番号」及び「承認年月日」欄

　　　給付金契約について新規に承認を受けたときの承認番号及び承認年月日を記載すること。

　４　「契約変更日」欄

　　　払込配分割合の変更に係る契約の締結日を記載すること。