

支援実施日数超過理由書

支援対象労働者 _____ 氏の訪問型職場適応援助に際し、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日の期間において、当 _____ が行った
 訪問型職場適応援助の回数が、当初の予定を上回り、かつ、地域センターに計画変更の承認を受けられな
 かったのは以下の理由によるものです。なお、承認を受けた支援計画によらない突発的な相談は助成金の
 対象支援とならないことは承知しており、以下の理由に該当するもの以外でこれに該当する相談支援は、支
 給申請時にあらかじめ除外しています。

(労働局長殿 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 安定所長殿)

事業主名称

所在地

電話番号

代表者氏名

記名押印又
は署名

※ 支給対象期内の日程調整の結果日程がずれた等の事務的な理由などの合理的な理由又は支援対象事業主からの緊急の支
 援要請への対応以外の場合は、認められないことがあります。