

理由書

労働局長 殿

以下の理由により、_____氏に係る障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)の対象となる支援を途中終了します。

企業在籍型職場適応援助の中止後の、当初に予定されていた支援期間内の_____氏に対する支援は、以下により行います。

(終了の理由)

(中止後の支援の提供方法)

平成 年 月 日

住所

名称

代表者

印

※ 企業在籍型職場適応援助計画は、計画期間内を通じて集中的に支援を行うことにより、支援対象労働者の職場適応を図るものであるため、やむを得ない理由により支援を中止する場合には、中止後について支援対象労働者の支援をどのように行うか定めて頂くことが必要となります。