様式第５５９号

助成金取下げ書

　　年　　月　　日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

下記について、取下げをお願いします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成金名  ※いずれかにﾁｪｯｸ | □障害者作業施設設置等助成金（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □障害者福祉施設設置等助成金 | | |
| □障害者介助等助成金（ 　　　　　　　　　　　 　　　　） | | |
| □職場適応援助者助成金（ 　　　　　　　　　　　 　　　　） | | |
| □重度障害者等通勤対策助成金（　　　　　　　　　 　　） | | |
| □重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金 | | |
| □障害者能力開発助成金（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □障害者雇用相談援助助成金 | | |
| 取下げ内容（※いずれかにﾁｪｯｸ）  及び提出日 | □認定申請  □支給請求 | 年 　月　　日提出分（認定番号：　　　　　） | |
| 取下げ理由 |  |
| 申請等事業主名  ・代表者名 |  | | |
| 対象事業所名 |  | | |
| 対象障害者名 |  | | |
| 代理人又は社会保険労務士（提出代行・事務代理） |  | | |

【注意事項】

1. 「助成金名」及び「取下げ内容」については必ずいずれかにチェックし、（ 　　）がある助成金については、具体的な助成金名を記入してください。
2. 支給請求の取下げの場合は認定番号を記入してください。
3. 助成金の認定申請又は支給請求に当たって、ご提出いただいた書類については返却いたしませんのでご了承ください。また、本取下げ書に関する機構からの通知はいたしません。
4. 不正受給が疑われる場合等、取下げを認めない場合があります。