様式第17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 | * 障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金） | |
| * 障害者介助等助成金（職場復帰支援助成金） | |
| 取下げ内容  いずれかにﾁｪｯｸ  及び提出日 | □認定申請  □支給申請 | 年 　　月　　　日提出分 |
| 認定番号： |
| 申請事業主名  ・代表者名 |  | |
| 対象事業所名 |  | |
| 支給対象  障害者名 |  | |

【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てください。
2. 支給申請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申請に当たって、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。