様式第554号

|  |  |
| --- | --- |
| 受理年月日(障害者助成部) | 受理年月日 |
|  |  |

助成金一時保留申請書

　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の役職

及び氏名

担当者の役職

及び氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　代理人又は　住　所

社会保険労務士　役　職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　助成金の受給資格の認定を受けたところでありますが、下記の事由により当該助成金の支給請求行為の一時保留を申請いたします。

記

　１　助成金の種類等

1. 助成金の種類
2. 助成金の認定番号

　２　申請の理由等

1. 申請理由
2. 一時保留期間

　　　　　　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで