

65歳超雇用推進助成金（高齢者無期雇用転換コース）無期雇用転換計画書（変更）

認定を受けた無期雇用転換計画について変更がありましたので、表面留意事項を承諾のうえ関係書類を添付し申請します。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

※受付番号 U- -

*受理印

1 申請事業主

①申請年月日	令和7年9月26日	②主たる事業所の雇用 保険適用事業所番号 (11桁)	1334-567890-1
③(7桁) 事業主の名称	カイトロ 株式会社 井多呂	④代表者 職名・氏名	代表取締役 今田 晴気
⑤(7桁) 主たる事業所 の所在地	トウキョウトミナトクアオヤマ 〒100-0005 東京都港区青山3-16-99	⑥電話番号	03 - **** - ****
⑧認定番号	07-13-U0003	⑦法人番号 (13桁)	1234567890123
⑨計画期間	令和7年8月1日 ~ 令和10年7月31日		

「1 申請事業主」及び「2 申請事業所」に係る内容の変更を行う場合は、変更後の情報を記入してください。

2 申請事業所

①雇用保険適用 事業所番号(11桁)	2742-567890-1		
②(7桁) 事業所の名称	カイトロ オオサカシヤ 株式会社 井多呂 大阪支社	③事業所責任者 職名・氏名	支社長 飯野 小太郎
④(7桁) 事業所の 所在地	オオサカフスイタシズミチョウ 〒666-0005 大阪府吹田市泉町1-11-41	⑤電話番号	06 - **** - ****

主たる事業所で計画を実施する場合は、記入不要です。

3 高齢者雇用管理整備計画の変更について

(1) 変更年月日

令和7年9月19日

(2) 変更の内容

①変更前	②変更後
(例) ・事業所の所在地(郵便番号、電話番号含む) ・事業主の名称 ・代表者の職名・氏名 ・雇用保険適用事業所番号 ・資本金の額又は出資の総額 ・計画の実施期間 ・無期雇用転換規定の転換日 ・無期雇用転換規定の対象者	●●●●

計画を変更することが適当であることがわかるよう、具体的かつ詳細に記入してください。

(3) 変更の理由

× × × ×

4 問い合わせ担当者、提出代行者等

①申請事業主における 問い合わせ担当者	職名 総務課長 氏名 高本 元子 電話番号 03 - **** - ****
②提出代行者、 事務代理者、 代理人	☐ 提出代行者 ☐ 事務代理者 ☐ 代理人 ※いずれかを選択 住所 〒 事務所等名称 職名 氏名 電話番号 - -