様式第１号（第５条関係）

長泉町がん患者就業支援計画書

年　　月　　日

長泉町長　　　　　　　　　様

所在地

事業所名

代表者氏名

電話番号

　長泉町がん患者就業雇用奨励金交付要綱第５条第１項の規定により、対象者の支援計画について次のとおり提出します。

１　事業者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 業種 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 資本金又は出資の総額 | 万円 | 常時雇用する労働者の数 | 人 |
| 担当者所属 |  | 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

２　（　採用　・　雇用継続　）計画書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 対象者の氏名 |  |
| 対象者の住所 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 雇用年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 勤務場所 | 勤務先事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 業務内容 |  |
| 本人からの要望（※） |
|  |
| 就業上の措置・治療への配慮等（※） |
|  |
| 特記事項等（※） |
|  |

（※）の項目については、雇用後、病状の変化や治療の進捗によって、見直しの必要があれば、改めて、話合いを行い見直すこと。また、その場合には、本人の同意を得ること。

本計画書については、医師の診断・意見等を踏まえて必要な配慮事項について、対象者と話合いを行い策定したことを証します。

　また、本計画書に基づき、就業支援について合理的な範囲内で必要な配慮を行います。

　なお、支援計画の提出にあたり、事業主の納税状況について、長泉町が調査を行うことに同意します。

　　　年　　月　　日

（事業所名）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　㊞

　就業に当たり、本計画書について話合いを行い、その内容に同意しました。

　　　年　　月　　日

（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　㊞