

キャリアアップ助成金取下げ書

東京 労働局長 殿

提出日 令和 年 月 日

1. (※いずれかにチェックをしてください)

 キャリアアップ計画書 支給申請書(

コース)

下記についての取下げをお願いします。

記

2. 申請事業主

雇用保険適用事業所番号	13	-	-
事業所名称			
事業主名			
事業所所在地	(〒 -)		
電話番号		担当者名	
申請日 (ハローワーク提出日)	令和	年	月 日
対象労働者氏名 (※計画書の場合は記入不要です)			
備考			

3. 取下げ理由

--

4. 代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者

代理・代行	1 代理人	社会保険労務士(登録番号)	
		2 提出代行者	3 事務代理者
代理人等氏名			
住所	(〒 -)		
電話番号			

【注意事項】

※単に支給要件を満たさないことから取下げを希望される場合は、取下げを認めず不支給といたします。

※不正受給防止の観点から、申請書類・添付資料等の返却は行いません。また、取下げを認めない場合があります。

※一枚で複数の申請を取下げすることはできません。

※東京労働局独自の様式となります。他道府県で取下げされる場合は管轄労働局にご相談ください。