（様式２）

就労継続支援Ａ型事業利用者負担減免措置休止届出書

　栃木県知事　様

 　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称

代表者氏名

　当事業所は、就労継続支援Ａ型事業利用者負担減免措置事業所として、次により減免措置を休止しますので、届出いたします。

　当事業所の利用者のうち、次に該当する者全てにこの措置を実施いたします。

　現在当事業所で就労継続支援Ａ型事業利用者負担減免措置を実施している人数

　（　　　　年　　月　　日現在　　　　　　人）

記

　　当事業所の利用者で、当事業所と雇用契約を締結する者に対し、就労継続支援Ａ型事業利用者負担減免措置を休止する。