（様式３）

就労継続支援Ａ型事業利用者負担減免措置変更届出書

　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変更しますので、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。

　　　　　年　　月　　日現在、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内容

　対象人数 人

利用者負担　　　免除・○○％軽減

　その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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型事業利用者負担軽減措置を変更する。

（減免措置の変更内容）

　対象人数 人

利用者負担　　　免除・○○％軽減

　その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）