（様式第１号）

受付No. （記入不要）

治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）

両立支援制度活用計画（変更）申請書

労働者健康安全機構理事長　殿

申請日　令和　　年　　月　　日

【請求者】

所在地	〒	
フリガナ 名称	㊞	
代表者	役職	フリガナ 氏名
担当者	所属	フリガナ 氏名
問い合わせ先	電話番号	ファックス番号

治療と仕事の両立支援助成金（制度活用コース）支給要領第６条に基づき、両立支援制度活用計画について、当該労働者に適用させる具体的な両立支援制度等についての概要票（様式第２号）（別添）のとおり策定しましたので、下記のとおり計画の認定を申請します。

記

両立支援制度活用計画期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日
当該労働者に適用させる 具体的な 両立支援制度等	別添のとおり
申　請　予　定　額	万円

（R2.4）