（様式第８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）
支給申請書

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 10 条に基づき、下記のとおり実施しましたので、支給を申請します。

両立支援制度活用計画期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日		
認定年月日	令和　　年　　月　　日	認定番号	
申　　請　　額	□　有期契約労働者　　２０万円 □　雇用期間の定めのない労働者　　２０万円		
	合計　　万円		

（R2.4）