

(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（環境整備コース）  
両立支援環境整備計画（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（環境整備コース）支給要領第5条に基づき、両立支援環境整備計画を両立支援環境整備計画書（様式第2号）（別添）のとおり策定しましたので、下記のとおり計画書の認定を申請します。

記

両立支援制度整備計画期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
両立支援制度整備計画	別添のとおり
申請予定額	万円