（様式第７号）

|  |
| --- |
| 受付№  （記入不要） |

治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |

【請求者】

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 両立支援制度整備計画期間 | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | |
| 認定年月日 | 令和　年　月　日 | | 認定番号 |  |
| 配置した  両立支援  コーディ  ネーター | 氏　　名 |  | | |
| 雇用保険被保険者番号　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 配置日（研修修了の翌日が配置日です）　令和　　年　　月　　日 | | | |
| 研修の受講に当たって発生した費用の有無　（　有　・　無　） | | | |
| 本人署名 | 研修の受講に当たり、自己負担はありません。  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 申　請　金　額 | | 万円 | | |

（R2.4）