

(様式第7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）
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	⑩	
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)