職場復帰助成申請書兼期間変更届

新規・変更

（一財）兵庫県学校厚生会理事長　様

下記のとおり申し込みます。

記入日　20　　年　　月　　日

所属所名	決定番号
	※

会員番号	会員名（フリガナ）	会員生年月日
	（自署）	年　月　日（　歳）

開始日	終了日
年　月　日	年　月　日

区分（該当区分に○をおつけください）	① プレ出勤 ② いきいきプレ出勤 ③ リワーク支援プログラム	④ プレリワークプログラム ⑤ その他（　　）

「受付通知書」送付先 所属所　登録住所　その他	その他住所 〒 電話番号（　　）　－

上記の記載事項は事実に相違ないことを認めます。

年　月　日

所属所名

所属所長名　　印

厚生会係名

電話番号　（　　）　－

※　受付印

1　各職場復帰制度の実施決定通知書（写し）を添付のうえ**開始日前に**提出してください。
2　リワーク支援プログラムを受ける方は、日程表も提出してください。
3　期間延長等の変更については、速やかに各職場復帰制度の実施決定通知書（写し）を添付のうえ提出してください。
4　「会員名（フリガナ）」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
5　開始日と終了日は職場復帰制度の参加期間を記入してください。
6　職場復帰制度参加期間中に事故等が発生した場合は、速やかに連絡してください。
7　※欄は記入しないでください。

厚生会記入欄

保険料	ヶ月	円