

特定非営利活動法人
奈良県就労支援事業者機構会長 殿

労災保険適用時の雇用主負担の軽減

_____さんの労災保険適用に際し、その費用の一部（限度額 1 万円）の助成をお願いしたく労災療養費用請求書の写しを添付し申し出ます。

年 月 日

（事業所所在地）

（事業所名）

（代表社名）

印

（電話番号）