様式第12号

団体経由産業保健活動推進助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長　殿

　申請日　　　　年　　　月　　　日

団体経由産業保健活動推進助成金支給要領第14条第１項に基づき、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 | | |
| フリガナ  団体の名称 |  | | |
| 代表者 | 役職 | | フリガナ  氏名 |
| 担当者 | 役職 | | フリガナ  氏名 |
| 問合せ先 | 電話番号 |  | |
| メールアドレス |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付決定を受けた日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 受付番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金申請額（※） |  | 円 |

　（※）総事業費の実費に４／５を乗じた額又は1,000,000円のうち少ない額。

【事務処理欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 受付No  （記入不要） |  |

様式第12号続紙

支給要件確認書

　該当する箇所を○で囲んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （１）本交付申請の提出日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度において、労働保険料を滞納している | 滞納していない | ・ | 滞納している |
| （２）本助成金に係る交付申請書又は支給申請書の提出日から起算して過去３年間に、労働者災害補償保険法第３章の２（本助成金を含む。）の規定により支給される給付金について、不正受給を行っている | 行っていない | ・ | 行った |
| （３）暴力団関係事業主に該当する | 該当しない | ・ | 該当する |
| （４）過去１年間に、労働関係法令違反がある | ない | ・ | ある |
| （５）倒産している | 倒産していない | ・ | 倒産している |
| （６）不正受給を理由に交付決定を取り消された場合、独立行政法人労働者健康安全機構（以下「機構」という。）が事業主団体等又は特別加入団体の名称等を公表することに同意する | はい | ・ | いいえ |
| （７）申請期間外（申請期間前及び申請期間後（申請受付停止日の翌日以降を含む。））の消印による申請、申請期間外に電子情報処理組織により到達した申請の場合、不支給要件に該当する場合、不正受給等により支給決定を取り消された場合、機構が申請書類を破棄することに同意する。 | はい | ・ | いいえ |
| （８）申請日が属する年度内に、既に本助成金の支給決定を受けている。 | いいえ | ・ | はい |

添付資料チェックリスト（※）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 団体経由産業保健活動推進助成金事業実施結果報告書（様式第13号） |
|  | 産業保健活動を行う産業医、保健師等（産業保健サービスを提供する会社と契約した場合は当該会社）に関する契約書の写し |
|  | 産業保健活動を実施する者が有資格者の場合は、当該資格証の写し（産業医、保健師等の資格を有する場合） |
|  | 事業の実施に要した費用の支出に関する証拠書類（領収書、費用の振込記録が客観的に分かる預金通帳等の記録の写し） |
|  | 労働保険概算・確定保険料申告書等の写し |
|  | その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（※）該当する箇所にチェックを記入してください。