様式第１号

団体経由産業保健活動推進助成金交付申請書

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５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 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金申請額 |  | 円 |

　※総事業費の実費（予定額）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１号続紙

支給要件確認書

１　申請事業主団体等について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）分類  （①～④を選択してください。また、①又は②を選択した場合は、ア～チも選択してください。） | | ①　事業主団体  ②　都道府県事業主団体  ③　共同事業主  ④　特別加入団体 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア　事業協同組合　　イ　事業協同小組合　　ウ　信用協同組合  　エ　協同組合連合会　オ　企業組合　　　　　カ　協業組合  　キ　商工組合　　　　ク　商工組合連合会  ケ　都道府県中小企業団体中央会　　コ　全国中小企業団体中央会  サ　商店街振興組合　シ　商店街振興組合連合会  ス　商工会議所　　　セ　商工会　　ソ　生活衛生共同組合等  タ　一般社団法人又は一般財団法人　　　チ　その他事業主団体 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）事業主団体等の活動内容の概要 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）事業主団体等の主たる労働保険番号 | | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | － |  | |  |  |
| （４）事業主団体等の主たる法人番号（※） | | | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| （５）構成事業主（詳細は別添のとおり） | | | ①事業主団体等の全ての構成事業主数 | | | | | | | | | | | | |  | | | | 事業主 | | |
| ②　上記①のうち、次表のア又はイのいずれかに該当する中小企業事業主の数をそれぞれ記入してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 要件  業種 | ア：資本金又は出資額の総額 | イ：常時使用する労働者の数 | 事業主数 | | ①下記以外の産業 | ３億円以下 | 300人以下 |  | | ②卸売業 | １億円以下 | 100人以下 |  | | ③サービス業 | ５千万円以下 | 100人以下 |  | | ④小売業 | ５千万円以下 | 50人以下 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （６）振込を希望する金融機関について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | | | | | | 支店名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座の種類 | 普通　・　当座 | | | | | | | 口座番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義  （カタカナ） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（※）個人事業主、民法上の組合等の場合は記載不要。

２　その他の要件等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （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、既に本助成金の交付決定又は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（左欄にチェック）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 事業実施計画（様式第２号） |
|  | 構成事業主一覧（別添） |
|  | 定款、会則、協定書等 |
|  | 直近２年間の収支決算書 |
|  | 支給要領第３条第２項の事業（産業保健サービス）を実施するために必要な経費の算出根拠を確認するための書類（見積書など） |
|  | その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

別添

構成事業主一覧（※）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業場名 | 所在地 | ①常時使用する  労働者の数 | ③業種（日本標準産業分類の中分類を記入） |
| ②資本金の額又は  出資の総額 |
| １ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ２ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ３ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ４ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ５ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ６ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ７ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ８ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| ９ |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |
| 10 |  | 〒 | 人 | 分類番号：  分類項目名： |
| 円 |

（※）申請日時点における、全構成事業主について記載すること。必要に応じて行を追加すること。また、複数の団体より構成される場合は、当該団体別に構成事業主一覧を作成すること。ただし、本構成事業主一覧については、上記の事項が含まれているものであれば、任意の様式により提出しても差し支えない。なお、労災保険の特別加入団体については、本資料の添付は不要である。