

事業者の方へ

「職場環境改善計画助成金」【Bコース】 の手引（令和元年度版）

平成 26 年 6 月 25 日に公布された労働安全衛生法の一部を改正する法律により、ストレスチェックと面接指導の実施等を義務付ける制度が創設され、平成 27 年 12 月 1 日から施行されています。

この「職場環境改善計画助成金（Bコース）」は、事業主の方が、ストレスチェック実施後の集団分析結果を踏まえて、各都道府県産業保健総合支援センターのメンタルヘルス対策促進員の助言・支援に基づき、職場環境改善計画を作成し、計画に基づき職場環境の改善を実施した場合に負担した機器・設備購入費用の助成を受けることができる制度です。

職場環境の改善のために、是非ご活用ください。

※この助成金は、厚生労働省の産業保健活動総合支援事業の一環として行われています。

<助成対象・助成金額>

ストレスチェック実施後の集団分析結果を踏まえ、メンタルヘルス対策促進員による助言・支援を受け、職場環境改善計画を作成し、計画に基づき職場環境改善を実施した場合に、機器・設備購入費用の実費を助成します。

1 事業場当たり機器・設備購入に係る費用について、50,000 円を上限に将来にわたり 1 回限り助成します。



独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部

用語の説明

■ 事業場

昭和 47 年 9 月 18 日付け発基第 91 号通達「労働安全衛生法の施行について」の第 2 の 3 事業場の範囲で規定する事業場の適用範囲をいう。

■ 事業者

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 2 条第 1 項第 3 号に規定されている「事業を行う者で、労働者を使用するもの」をいう。

■ ストレスチェック

労働安全衛生法第 66 条の 10 第 1 項に規定されている「心理的な負担の程度を把握するための検査」をいう。

■ ストレスチェック実施後の集団分析

ストレスチェック結果を事業場内の一定規模の集団（部又は課等）ごとに集計して、当該集団のストレスの特徴及び傾向を分析することをいう。

■ メンタルヘルス対策促進員

中小規模事業場のメンタルヘルス対策を普及促進するため、産業保健総合支援センターが委嘱したメンタルヘルス対策に関する訪問支援を専門的に行う者をいう。

■ 産業保健スタッフ

事業場において労働者の健康管理等の業務に従事している産業医、保健師、看護師、心理職又は衛生管理者等をいう。

◆申請にあたっての留意事項◆

- 申請書類への記入の際には「助成金の手引」を熟読いただき、「記載漏れ」や「記載誤り」が無いようお願いいたします。送付前には、必ず「助成金支給申請チェックリスト兼同意書」で自己点検いただきますようお願いいたします。
 - 申請書類の内容に関する問い合わせが必要な場合には様式第1号に記載いただいた事業場のご担当者様宛に連絡いたします。ご担当者様は助成金の仕組み等を十分ご理解の上申請し、問い合わせの際はご対応くださいますようお願いいたします。
 - 申請書、契約書等のご提出いただく書類について、正式に申請いただく前に内容を事前審査することはいたしかねます。
 - ご提出いただいた申請書類の内容についてお問い合わせさせていただく場合がございますので、ご提出の際は控え用にコピーをお取りいただき、大切に保管してください。
 - 申請書類はすべてA4サイズにそろえ、ホチキス止めはしないでください。
 - 申請書類をご記入いただく際はボールペン（筆記した文字等を容易に消すことができないもの）でご記入ください。
 - 助成金を申請いただいてから、審査の後、支給決定及び振込みまで、短い場合2~3か月、長い場合6か月程度の期間を要しますので予めご了承下さい。
(1月から3月までの間は申請が集中します。)
- また、申請書類の記載漏れ、記載誤り、提出書類の不足等があった場合は、受付・審査にさらにお時間がかかります。
- 審査の進捗状況や振込みの時期についてのお問い合わせにはお答えいたしかねます。

目 次

I	制度の概要	- 1 -
1	助成金の概要	- 1 -
2	助成金を受けるための要件	- 1 -
3	助成対象	- 2 -
4	助成金額	- 2 -
5	注意点	- 3 -
II	支給申請手続き等について	- 4 -
1	手続きの流れ	- 4 -
2	職場環境改善計画助成金支給申請	- 5 -
3	審査結果の通知と助成金支給方法	- 6 -
4	助成金に係る証拠書類等の保管	- 6 -
5	不正受給	- 7 -
III	様式一覧	- 8 -
1	職場環境改善計画助成金支給申請書（Bコース）（様式第1号） ..	- 9 -
2	職場環境改善支援等実績報告書（様式第2号）	- 11 -
3	職場環境改善計画助成金支給申請（Bコース）チェックリスト兼同意書 （様式第3号）	- 13 -
4	労働保険料一括納付に係る証明書	- 15 -
IV	全国の産業保健総合支援センター一覧	- 16 -

I 制度の概要

1 助成金の概要

事業主の方が、ストレスチェック実施後の集団分析結果を踏まえ、メンタルヘルス対策促進員による助言・支援に基づき職場環境の改善を実施した場合に、費用の助成を受けられる制度です。

2 助成金を受けるための要件

助成金の支給申請時に、申請書類とともに支給要件を満たしているかの確認を受けるため、証明書類の添付が必要となります。

◆届出前に、次の5つの要件を全て満たしていることを必ず確認してください。

- ① 労働保険の適用事業場であること。(当機構では厚生労働省ホームページ掲載の「労働保険適用事業場検索」にて該当した事業場を適用事業場とみなしています。)
- ② 事業者は、ストレスチェック実施後の集団分析を実施していること。
- ③ 平成 29 年度以降、新たに事業場を訪問したメンタルヘルス対策促進員からストレスチェック実施後の集団分析結果の見方やストレスチェック実施後の集団分析結果を踏まえた職場環境改善手法について助言・支援を受けていること。
- ④ メンタルヘルス対策促進員の助言・支援を受け、職場環境改善計画を作成し、当該計画に基づき職場環境の改善の全部又は一部を実施していること。
- ⑤ メンタルヘルス対策促進員が、職場環境改善計画に基づき職場環境の改善が実施されていることを確認していること。

3 助成対象

職場環境改善に係る機器・設備購入費用

事業主の方がストレスチェック実施後の集団分析結果を踏まえ、メンタルヘルス対策促進員の助言・支援を受け、職場環境改善計画を作成し、計画に基づき職場環境の改善を実施した場合に、負担した機器・設備購入費用が助成されます。

※ ただし、機器・設備購入費用に対する助成は【Aコース】【Bコース】合わせて将来にわたり1回限りとなります。

4 助成金額

次の費用が助成されます。

助成対象	助成額（上限額）
機器・設備購入費用	1事業場当たり50,000円が上限となります。

※50,000円（税込）の範囲であれば、複数の機器・設備が助成対象となります。

5 注意点

- ① 例年実施対象期間は1年度としていましたが、令和元年度は平成31年4月1日から令和元年6月30日までとなっています。
- ② 実施対象期間の変更に伴い、申請期間は令和元年5月24日から令和元年9月30日までとなっています。
- ③ 職場環境改善計画助成金（Bコース）は令和元年9月末をもって廃止予定となっています。

Ⅱ 支給申請手続き等について

1 手続きの流れ

助成金を受け取るまでの手続きは次のとおりです。

① ストレスチェックの実施

医師、保健師等によりストレスチェックを実施し、従業員へ結果を通知する。



② ストレスチェック実施後の集団分析

ストレスチェック結果を一定の規模の集団ごとに集計・分析する。



③ 職場環境改善計画の作成に係る助言・支援

訪問したメンタルヘルス対策促進員からの助言・支援（事業場訪問3回まで）を受ける。



④ 職場環境改善計画の作成

メンタルヘルス対策促進員からの職場環境の評価、改善すべき事項を踏まえ、職場環境改善計画を作成する。



⑤ 職場環境の改善

作成された職場環境改善計画に基づき、労働時間や勤務体系、作業方法や職場組織、職場の物理化学的環境の改善、健康相談窓口の設置等を実施する。



⑥ 職場環境改善計画書助成金支給申請【Bコース】

必要な書類を添えて、労働者健康安全機構へ助成金の支給申請を行う。



⑦ 助成金支給決定通知の受取、助成金受領

労働者健康安全機構から支給決定通知が届き、助成金が振込まれる。

2 職場環境改善計画助成金支給申請

(1) 提出書類及び添付書類

■ 提出書類

- ・「職場環境改善計画助成金支給申請書（Bコース）」（様式第1号）

■ 添付書類

- ・「職場環境改善支援等実績報告書」（様式第2号）
- ・職場環境改善計画（事業者作成）
- ・機器・設備購入に関する領収書及び購入した機器・設備の写真
- ・事業場の労働保険概算・確定保険料申告書（写）
- ・「職場環境改善計画助成金支給申請（Bコース）チェックリスト兼同意書」（様式第3号）
- ・労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】
- ・振込先の通帳（写）等（振込先の名義（フリガナが記載されたもの）、支店名、口座番号が確認できるもの）
- ・事業場宛ての返信用封筒（切手貼付）

(2) 実施対象期間

平成31年4月1日から令和元年6月30日まで

(3) 申請期間

令和元年5月24日から令和元年9月30日まで（消印有効）

※申請期間中でも助成金支給申請の受付を終了することがありますのでご了承ください。

(4) 申請者

事業場の代表者が申請してください。

(5) 届出先

独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部 産業保健業務指導課 宛て

〒211-0021

神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

3 審査結果の通知と助成金支給方法

(1) 審査結果の通知

5頁の「2 職場環境改善計画助成金支給申請」に記載の書類を提出後、内容が適当である場合は、「助成金支給決定通知書」(様式第4号)が送付されます。

また、内容が適当でない場合は、「助成金不支給決定通知書」(様式第5号)が送付されます。

(2) 助成金支給方法

助成金の支給が決定された場合は、申請時の添付書類「振込先の通帳(写)等」に記載された金融機関口座へ振込により支払われます。

4 助成金に係る証拠書類等の保管

※ 助成金の支給を受けた事業場は、機器・設備購入の事実を記録し、領収書その他支出の事実を明らかにする証拠書類を整備しておく必要があります。また、それらの書類は、助成金を受給した翌年から起算して、5年間保存してください。

5 不正受給

※ 偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返還していただきます。

Ⅲ 様式一覧

各様式とチェックリストは、独立行政法人労働者健康安全機構のホームページからダウンロードできます。

<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1398/Default.aspx>

支給申請関係		
様式番号	様式名称	提出
第1号	職場環境改善計画助成金支給申請書（Bコース）	○
第2号	職場環境改善支援等実績報告書	○
第3号	職場環境改善計画助成金支給申請（Bコース）チェックリスト兼同意書	○
-	労働保険料一括納付に係る証明書	△

○：必ず提出が必要になります。

△：労働保険料一括納付に係る証明書は、労働保険料を本社等が一括納付している場合に提出してください。

1 職場環境改善計画助成金支給申請書（Bコース）（様式第1号）

（様式第1号）



受付No.
(記入不要)

令和 年度職場環境改善計画助成金支給申請書（Bコース）

独立行政法人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)		(フリガナ)	(役職)
名称		代表者	氏名 ④
担当者	所属	フリガナ 氏名	電話番号

職場環境改善計画助成金支給要領（Bコース）第4条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

1 助成金申請額

円 (税込)

(※5万円を上限として記入してください。)

2 職場環境改善のために必要な機器・設備

機器・設備	
-------	--

3 職場環境改善計画に基づく改善実施状況

実施日	改善実施内容
令和 年 月 日	

(R1.5)

記載例

(様式第1号)



受付No.
(記入不要)

令和元年度職場環境改善計画助成金支給申請書 (Bコース)

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和元年 6月14日

【請求者】

所在地	〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号			
(フリガナ)	カブシキガイシャ ローアン	(フリガナ)	(役職)	ローアン イチロウ
名称	(株) ろうあん	代表者	代表取締役	氏名 芳安 一郎 ㊟
担当者	所属 総務課	フリガナ カワサキ ハナコ 氏名 川崎 花子	電話番号	044-431-8661

職場環境改善計画助成金支給要領 (Bコース) 第4条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

助成上限は 50,000 円まで

1 助成金申請額

43,200 円 (税込)

(※ 5万円を上限として記入してください。)

2 職場環境改善のために必要な機器・設備

機器・設備	プリンター
-------	-------

3 職場環境改善計画に基づく改善実施状況

実施日	改善実施内容
令和元年6月10日	プリンター2台を設置した。

(R1.5)

2 職場環境改善支援等実績報告書（様式第2号）

（様式第2号）



職場環境改善支援等実績報告書

1 職場環境改善支援等を実施した事業場名

事業場名	
------	--

2 職場環境改善支援等状況

実施日	支援・助言内容
令和 年 月 日	

3 集団分析結果確認

- ストレスチェック後の集団分析結果の内容を確認した上、上記支援・助言を実施し、様式第1号のとおり事業者が職場環境改善計画に基づく改善の全部又は一部を実施していることを確認した。

令和 年 月 日

〇〇〇産業保健総合支援センター
メンタルヘルス対策促進員 氏名

㊞
(R1.5)

記載例

(様式第2号)



職場環境改善支援等実績報告書

1 職場環境改善支援等を実施した事業場名

事業場名	(株) ろうあん
------	----------

2 職場環境改善支援等状況

実施日	支援・助言内容
平成31年4月2日	ストレスチェックにおける集団分析結果を踏まえた職場の問題点、改善策を提案
平成31年4月26日	職場環境改善計画の作成のため職場環境の把握と改善の実施について助言・支援
令和元年5月10日	職場環境改善計画の作成のため個人のプライバシーへの配慮について助言・支援

ストレスチェックの集団分析結果を確認してください。

3 集団分析結果確認

- ストレスチェック後の集団分析結果の内容を確認した上、上記支援・助言を実施し、様式第1号のとおり事業者が職場環境改善計画に基づく改善の全部又は一部を実施していることを確認した。

令和元年 6月 10日

〇〇〇産業保健総合支援センター

メンタルヘルス対策促進員 氏名

木月三郎

Ⓔ

(R1.5)

3 職場環境改善計画助成金支給申請（Bコース）チェックリスト兼同意書（様式第3号）

（様式第3号）

職場環境改善計画助成金支給申請（Bコース）チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> 職場環境改善計画助成金支給申請書（Bコース）（様式第1号）
	<input type="checkbox"/> 次の全ての要件を全て満たしていることを確認してください。 a 労働保険適用事業場であること。 b ストレスチェック実施後の集団分析を実施していること。 c 平成29年度以降、訪問したメンタルヘルス対策促進員からストレスチェック実施後の集団分析結果の見方やストレスチェック実施後の集団分析結果を踏まえた職場環境改善手法について助言・支援を受けていること。 d メンタルヘルス対策促進員の助言・支援に基づき職場環境改善計画を作成し、当該計画に基づき職場環境の改善の全部又は一部を実施していること。 e メンタルヘルス対策促進員から、職場環境改善計画に基づき職場環境の改善として機器・設備の購入が実施されたことの確認を受けていること。
	<input type="checkbox"/> 「1 助成金申請額」が税込み50,000円以下になっていることを確認してください。 50,000円が上限額ですので、実費が上限額を下回る場合は実費で計算してください。
	<input type="checkbox"/> 「職場環境改善のために必要な機器・設備」欄に購入した機器等を記載してください。
	<input type="checkbox"/> 代表者の記名押印があることを確認してください。
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 職場環境改善支援等実績報告書（様式第2号） メンタルヘルス対策促進員の署名又は記名押印があることを確認してください。
3	<input type="checkbox"/> 「職場環境改善計画」（写） 「職場環境改善計画」に職場環境改善のために必要な機器等が記載されていることを確認してください。
4	<input type="checkbox"/> 職場環境改善計画に基づき購入した機器・設備費用の領収書（写） 購入した機器等の商品名、数量、単価が分かる領収書の写しを添付してください。 「職場環境改善計画」作成後に購入した機器等であることを確認してください。
5	<input type="checkbox"/> 職場環境改善計画に基づき購入した機器・設備の写真 設備の場合は、導入前及び導入後の写真を添付してください。
6	<input type="checkbox"/> 労働保険概算・確定保険料申告書等（写） 助成金支給申請の直近の申告書の写しを添付してください。労働保険事務組合に委託している場合は、労働保険料算定基礎賃金等の報告の写しと労働保険料等納入通知書の写しを添付してください。 ※労働基準監督署等の受付が証明されていることが必要です。
7	<input type="checkbox"/> 振込先の通帳（写）等（振込先のフリガナ名義、口座番号が確認できるもの） 金融機関、支店名、口座フリガナ名義、口座番号が確認できる箇所の写しを添付してください。 ※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。

次ページへ続きます。

8	<input type="checkbox"/>	労働保険料一括納付に係る証明書
		労働保険料を本社等が一括納付している場合に提出すること。
9	<input type="checkbox"/>	返信用封筒
		切手を貼付してください。

同意書

- ・ 上記1～9にチェックを入れた内容について、申請内容と相違ないことを確約・同意します。
- ・ 申請内容に不備等があった場合において、貴機構の求めがあるときは、速やかに必要な事項を報告又は説明することを確約します。
- ・ 偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返金することに同意します。

令和 年 月 日

所 在 地

名 称

代表者（役職・氏名）

印

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿

(R1.5)

4 労働保険料一括納付に係る証明書

労働保険料一括納付に係る証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

当機関が、下記事業場の労働保険料について一括納付していることを証明します。

記

【事業場名等】

労働保険No.	事業場名	人数
		人

令和 年 月 日

事業場名（本社等）

株式会社

代表者

⑩

IV 全国の産業保健総合支援センター一覧

(H31年4月1日現在)

都道府県	電話番号	都道府県	電話番号
北海道	011(242)7701	滋賀	077(510)0770
青森	017(731)3661	京都	075(212)2600
岩手	019(621)5366	大阪	06(6944)1191
宮城	022(267)4229	兵庫	078(230)0283
秋田	018(884)7771	奈良	0742(25)3100
山形	023(624)5188	和歌山	073(421)8990
福島	024(526)0526	鳥取	0857(25)3431
茨城	029(300)1221	島根	0852(59)5801
栃木	028(643)0685	岡山	086(212)1222
群馬	027(233)0026	広島	082(224)1361
埼玉	048(829)2661	山口	083(933)0105
千葉	043(202)3639	徳島	088(656)0330
東京	03(5211)4480	香川	087(813)1316
神奈川	045(410)1160	愛媛	089(915)1911
新潟	025(227)4411	高知	088(826)6155
富山	076(444)6866	福岡	092(414)5264
石川	076(265)3888	佐賀	0952(41)1888
福井	0776(27)6395	長崎	095(865)7797
山梨	055(220)7020	熊本	096(353)5480
長野	026(225)8533	大分	097(573)8070
岐阜	058(263)2311	宮崎	0985(62)2511
静岡	054(205)0111	鹿児島	099(252)8002
愛知	052(950)5375	沖縄	098(859)6175
三重	059(213)0711		

◆全国の産業保健総合支援センター一覧

<https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx>

独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部 産業保健業務指導課

〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

TEL : 0570-783046 FAX : 044-411-5531

<https://www.johas.go.jp/>

(令和元年5月)