

(様式第3号)

小規模事業場産業医活動助成金（産業医コース）支給申請チェックリスト 兼 同意書

| 提出書類 | |
|------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> 小規模事業場産業医活動助成金支給申請書（産業医コース）（様式第1号） |
| | <input type="checkbox"/> 次の全ての要件を満たしていることを確認してください。 a 常時50人未満の労働者を使用する事業場であること。 b 労働保険適用事業場であること。 c 平成29年度以降、新たに産業医と産業医活動の全部又は一部を実施する契約を締結していること。 d 産業医が産業医活動の全部又は一部を実施していること。 e 産業医活動を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。 |
| | <input type="checkbox"/> 「1 産業医活動助成金申請額」が100,000円以下になっていることを確認してください。 100,000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。 |
| 添付書類 | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 産業医との契約書（写） |
| | 次の事項が記載されていることを確認してください。 a 産業医活動の内容と契約期間 b 産業医活動に要する費用 c 法人と契約する場合は、産業医とした勤務医の氏名 d 申請事業場名称 |
| 3 | <input type="checkbox"/> 「産業医活動実績報告書」（様式第2号） |
| | 申請月（6か月）における産業医活動実績が記載されていること。 産業医の署名又は記名押印があることを確認してください。 |
| 4 | <input type="checkbox"/> 産業医の要件を備えた医師であることを証明する書類（写） |
| | 日医認定産業医証の写しや労働衛生コンサルタント（保健衛生）登録証の写しなどを提出してください。 ※労働衛生コンサルタントの場合は別途医師の資格証明の添付が必要です。 |
| 5 | <input type="checkbox"/> 産業医へ支払った費用の領収書（写） |
| | 継続する6か月の間に支払った費用の領収書の写しを添付してください。 ※他の事業場と合算した領収書は不可となります。 |
| 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。 |

| | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 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 |
| | | 84円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