

## ストレスチェック助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> <b>ストレスチェック助成金支給申請書（様式第1号）</b>
	<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 労働保険の適用事業場であること。 b 派遣労働者を含めて常時50人未満の事業場であること。 c ストレスチェックの実施者が決まっていること。 d 事業者が医師と契約し、ストレスチェックに係る医師による活動の全部又は一部を行わせること。 e ストレスチェックの実施及び面接指導等を行う者は、自社の使用者・労働者以外の者であること。
1	<input type="checkbox"/> 「ストレスチェックの実施」と「ストレスチェックに係る医師による活動」の助成金申請は、1事業場につき、合わせて1回の申請となります。
	<input type="checkbox"/> 「1 ストレスチェック実施状況」「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」「3 助成金申請額」は、次の金額を記入してください。 <u>I 「1 ストレスチェック実施状況」</u> (ストレスチェック実施人数×500円又は実費) <u>II 「2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況」</u> (医師による活動回数×21,500円又は実費) <u>III 「3 助成金申請額」</u> (上記 I + II ) ※ 500円、21,500円はそれぞれの上限額ですので、実費が上限額を下回る場合は実費で計算してください。また、ストレスチェックに係る医師による活動は1事業場につき、年度中3回が限度となります。
添付書類等	
2	<input type="checkbox"/> <b>医師との契約書（写）</b>
	医師との契約において、ストレスチェック後の面接指導を実施することが含まれている必要があります。契約書に面接指導の実施に関する記述がある場合は、当該契約書の写しを提出してください。記述がない場合又は契約を締結していない場合は、様式例「ストレスチェックに係る医師契約書」を参考に、契約を締結してその写しを提出してください。 <b>※1 ストレスチェックに係る医師による活動1回あたりの金額が明記されていることが必要です。</b> <b>※2 実施医師の氏名が明記されていることが必要です。</b> <b>※3 申請事業場が契約事業場となっている、若しくは本社等一括契約となっても申請事業場が契約対象事業場として明記されていることが必要です。</b>
3	<input type="checkbox"/> <b>医師であることを証明する書類（写）</b>
	医師の資格証明（医師免許証等）（写）の添付してください。
4	<input type="checkbox"/> <b>事業場の労働保険概算・確定保険料申告書等（写）</b>
	助成金支給申請の直近の申告書（写）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（写）と労働保険料等納入通知書（写）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。
5	<input type="checkbox"/> <b>ストレスチェック実施者の要件を備えていることを証明する書類（写）</b>
	医師、保健師、その他の厚生労働省で定める者（一定の研修を受講した看護師など）を証明する書類の写しを提出してください。厚生労働大臣が定める研修を受けなくても実施者となれる、平成27年11月30日において3年以上労働者の健康管理等の業務に従事した経験を有する看護師又は精神保健福祉士の方の場合は、それを証明する事業者からの証明書を提出してください。 ※なお、医師が実施も行う場合で契約書にその記載がある場合には、この様式は不要となります。

6	<input type="checkbox"/>	<b>ストレスチェック実施報告書（様式第2号）</b> 「3 ストレスチェック費用」にはストレスチェック実施費用のみ記載してください。
7	<input type="checkbox"/>	<b>ストレスチェックに係る医師による活動報告書（様式第3号）</b> ストレスチェックに係る医師による活動を実施した場合は、活動内容等を医師に確認の上、実施年月日を記入して提出してください。なお、医師の署名が直筆の場合には、押印は省略しても構いません。医師による活動を実施しなかった場合は提出の必要はありません。
8	<input type="checkbox"/>	<b>ストレスチェック実施者へ支払った費用の領収書（写）</b> ストレスチェックを実施したことがわかる内容の領収書の写しを添付してください。 <b>※他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払った費用が判る内訳（領収書又は請求書）の写しを添付してください。</b>
9	<input type="checkbox"/>	<b>契約医師へ支払った費用の領収書（写）</b> 医師へ費用を支払ったことがわかる書類（領収書）の写しを添付してください。医師による活動を実施しなかった場合は提出の必要はありません。 <b>※他の事業場と合算した領収書の場合は、申請事業場ごとに支払った費用が判る内訳（領収書又は請求書）の写しを添付してください。</b>
10	<input type="checkbox"/>	<b>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）</b> 金融機関名、支店名、口座フリガナ名義、口座番号が確認できる箇所 <sup>1</sup> の写しを添付してください。 <b>※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。</b>
11	<input type="checkbox"/>	<b>労働保険料一括納付に係る証明書</b> 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。
12	<input type="checkbox"/>	<b>返信用封筒</b> 84円切手を貼付してください。

## 同 意 書

- ・ 上記1～12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し、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