

支給要件確認申立書

◆ 事業活動等に係る状況

(事業場が複数ある場合、すべての事業場の状況を踏まえ、はい・いいえのいずれかを○で囲んでください。)

- 1 支給申請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ける労働保険料の滞納が継続している。 (はい・いいえ)
(※都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予(特例)許可通知書」の写しを提出すること。)
- 2 産業保健関係助成金(「ストレスチェックの実施促進のための助成金」等)の不正受給により不支給措置がとられている。 (はい・いいえ)
- 3 暴力団関係事業場(事業者又は事業者が法人である場合にあつては、当該法人の役員若しくは事業場の業務を統括する者その他これに準ずる者のうちに暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)に該当する者のある事業場、暴力団員が経営に実質的に関与している事業場及びこれらの事業場であると知りながら、これを不当に利用するなどしている事業場等)である。 (はい・いいえ)
- 4 事業者等又は当該事業者が法人である場合にあつては、当該法人の役員若しくは事業場の業務を統括する者その他これに準ずる者のうちに、破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行うおそれがある団体等に属している者がいる。 (はい・いいえ)
- 5 倒産している。 (はい・いいえ)
- 6 過去1年間に、労働関係法令(労働基準関係法令等)違反をしている。 (はい・いいえ)

【はいの場合、その内容： _____】

- 7 産業保健関係助成金について不正受給を理由に支給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。)が事業者名等を公表することに同意する。 (はい・いいえ)

1から7までの記載事項については、いずれも相違ありません。また、1から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を機構が行う場合には協力します。

年 月 日 独立行政法人 労働者健康安全機構 理事長 殿

申請事業者 所在地 _____

事業者名 _____ 印

代表者の役職及び氏名 _____