

様式第 2 号

団体経由産業保健活動推進助成金事業実施計画

年 月 日

(1) 事業実施予定期間	交付決定の日 ～ 年 月 日	
(2) 事業実施対象事業場数 (予定)	事業場 (うち中小企業に属するもの 事業場)	
(3) 実施予定の産業保健サービス及び当該産業保健サービスの提供者 (予定)		
産業保健サービス番号 (※1)	氏名 (名称) (※2)	連絡先
(4) (3) の産業保健サービスの実施期間及び所要額		
サービス番号 (※1)	実施期間 (予定)	所要額 (※3)
	～	円
	～	円
	～	円
(5) 産業保健サービス費用 ((4) で 記入した額の合計額)	円	
(6) 産業保健サービス提供に係る事務を行う外部機関 (予定)		
外部機関名称 (※4)	連絡先	
(7) (6) の産業保健サービス提供に係る事務の実施期間及び所要額		
事務の内容	実施期間 (予定)	所要額 (※5)
	～	円
	～	円
(8) 産業保健サービス提供に係る事務費用 ((7) で記入した額の合計額、(5) で記入した額の 5 分の 1 又は 500,000 円のうち、最も少ない額)	円	
(9) 構成事業主による負担額	円	
(10) 申請額 ((5) 及び (8) の合計 に 9 / 10 を乗じた額 又は 5,000,000 円 (都道府県事業主団体の 場合は 10,000,000 円) のうち少 ない額) (※6)	円	

- (※1) 本頁下部の①～⑦から該当するものを記入すること。
- (※2) 契約予定の産業保健サービスの提供を行う者（企業の場合は、当該企業より実際に産業保健サービスを行った者。未定の場合は当該企業の名称とする。）に係る情報を記載すること。
- (※3) それぞれのサービスの総事業費を記載すること。
- (※4) 契約予定の産業保健サービス提供に係る事務を行う外部機関に係る情報を記載すること。
- (※5) それぞれの事務に対して支払う費用の総額を記載すること。
- (※6) (9) で記載した構成事業主による負担額が、(5) 及び (8) の合計の 10 分の 1 を超える場合は、「(5) 及び (8) の合計から (9) を引いた額又は 5,000,000 円（都道府県事業主団体の場合は 10,000,000 円）のうち少ない額」を記入する。

団体の名称 _____
代表者職氏名 _____

産業保健サービス一覧

- | |
|--|
| <p>①安衛法第 66 条の 4 に基づく医師、歯科医師による労働者等の健康診断結果の意見聴取</p> <p>②安衛法第 66 条の 7 に基づく医師、保健師による労働者等に対する保健指導</p> <p>③安衛法第 66 条の 8 又は第 66 条の 10 第 3 項等に基づく医師による労働者等に対する面接指導及び当該指導結果に基づく意見聴取</p> <p>④医師、保健師、歯科医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師、産業カウンセラー、臨床心理士その他の産業保健スタッフによる労働者等に対する健康相談対応</p> <p>⑤医師、保健師、看護師その他の産業保健スタッフ、社会保険労務士、両立支援コーディネーター等による事業者又は労働者等に対する治療と仕事の両立支援（相談対応、医療機関等との連携、就業可否に関する意見（医師に限る。）、就業上の措置や配慮等の検討の支援、環境整備支援等）</p> <p>⑥医師、保健師、看護師その他の産業保健スタッフ等による職場環境改善支援（ストレスチェック実施後の集団分析結果を活用した改善支援を含む。）</p> <p>⑦医師、保健師、看護師その他の産業保健スタッフ等による労働者等に対する健康教育研修、事業者及び管理者に対する周知啓発（いずれも健康経営に係るものを含む。）</p> |
|--|