

様式第 12 号

団体経由産業保健活動推進助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 年 月 日

団体経由産業保健活動推進助成金支給要領第 14 条第 1 項に基づき、下記のとおり申請します。

記

所在地	〒		
フリガナ 団体の名称			
代表者	役職	フリガナ 氏名	
担当者	役職	フリガナ 氏名	
問合せ先	電話番号		
	メールアドレス		

交付決定を受けた日	年 月 日	受付番号	
-----------	-------	------	--

助成金申請額 (※)	円
------------	---

(※) 様式第 13 号(14)の金額を記載すること。

【事務処理欄】

受付 No (記入不要)	
-----------------	--

支給要件確認書

該当する箇所を○で囲んでください。

(1) 本交付申請の提出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いて、労働保険料を滞納している	滞納していない 又は 該当しない	・ 滞納している
(2) 本助成金に係る交付申請書又は支給申請書の提出日から起算して過去3年間に、労働者災害補償保険法第3章の2(本助成金を含む。)又は雇用保険法第4章の規定により支給される給付金について、不正受給を行っている	行っていない	・ 行った
(3) 暴力団関係事業主に該当する	該当しない	・ 該当する
(4) 過去1年間に、労働関係法令違反がある	ない	・ ある
(5) 倒産している	倒産していない	・ 倒産している
(6) 同一年度に、同一の措置内容に対して国又は地方公共団体からの他の補助金(間接補助金を含む。)の交付を受けている	いいえ	・ はい
(7) 提出した申請書類は返却されないことに同意する。	はい	・ いいえ
(8) 以下のいずれかに該当する。 ・ 同一年度に、同一の事業主が、共同事業主を複数構成(同一年度に、事業主団体が、他の事業主団体等と共同で事業を実施する場合も同様) ・ 同一年度に、事業主団体が、単独で事業を実施し、かつ、他の事業主団体等と共同で事業を実施する ・ 同一年度に交付決定(交付決定後、変更申請により承認を受けた場合は、同一年度内の直近の承認)を受けた産業保健サービス内容について、傘下の構成事業主に対して実施しなかった	該当しない	・ 該当する
(9) 不正受給を理由に交付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。)が事業主団体等又は特別加入団体の名称等を公表することに同意する	はい	・ いいえ
(10) 申請日が属する年度内に、既に本助成金の支給決定を受けている	いいえ	・ はい

前頁の（１）から（10）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（10）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。

なお、機構から必要な事項の確認等のために連絡を受けた場合には、申請者・申請書に記載のある産業保健サービス提供者は速やかに機構からの連絡事項等に協力します。また、本助成金を活用して実施する産業保健サービスについて、機構が事例集の作成を行う場合には情報提供に協力します。

年 月 日 独立行政法人 労働者健康安全機構 理事長 殿

申請団体

所在地	〒
フリガナ	
団体の名称	
代表者の役職	フリガナ
	氏名