

様式第 1 号

団体経由産業保健活動推進助成金交付申請書

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 5 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		

助成金申請額	円
--------	---

※様式第 2 号(11)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

1 申請事業主団体等について

(1) 分類 (①～④を選択してください。また、①又は②を選択した場合は、ア～チも選択してください。)	① 事業主団体 ② 都道府県事業主団体 ③ 共同事業主 ④ 特別加入団体 ア 事業協同組合 イ 事業協同小組合 ウ 信用協同組合 エ 協同組合連合会 オ 企業組合 カ 協業組合 キ 商工組合 ク 商工組合連合会 ケ 都道府県中小企業団体中央会 コ 全国中小企業団体中央会 サ 商店街振興組合 シ 商店街振興組合連合会 ス 商工会議所 セ 商工会 ソ 生活衛生同業組合等 タ 一般社団法人又は一般財団法人 チ その他事業主団体														
(2) 事業主団体等の活動内容の概要															
(3) 事業主団体等の主たる労働保険番号												—			
(4) 事業主団体等の主たる法人番号 (※)															
(5) 構成事業主 (詳細は別添のとおり)	①事業主団体等の全ての構成事業主数 事業主 ②上記①のうち、次表のア又はイのいずれかに該当する中小企業事業主の数をそれぞれ記入してください。														
	要件 業種		ア：資本金又は出資額の総額		イ：常時使用する労働者の数		事業主数								
	①下記以外の産業		3 億円以下		300 人以下										
	②卸売業		1 億円以下		100 人以下										
	③サービス業		5 千万円以下		100 人以下										
	④小売業		5 千万円以下		50 人以下										
(6) 振込を希望する金融機関について															
金融機関名					支店名										
口座の種類	普通 ・ 当座				口座番号										
(フリガナ) 口座名義															

(※) 個人事業主、民法上の組合等の場合は記載不要。

2 その他の要件等

(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) 以下に該当する場合、交付決定又は支給決定が受けられないことについて理解した。 ・ 同一年度に、同一の事業主が、共同事業主を複数構成する(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 ・ 交付申請書により申請した産業保健サービスを、傘下の構成事業主に対して実施しない	はい 又は 該当なし	・ いいえ
(9) 交付決定がなされた場合であっても、申請者における産業保健活動の実施状況等を踏まえ、交付決定された助成金額の一部または全額が支給されない場合があることに同意する	はい	・ いいえ
(10) 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
(11) 申請日が属する年度内に、既に本助成金の交付決定又は支給決定を受けている	いいえ	・ はい

前頁の 2 (1) から (11) 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 (11) 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

構成事業主一覧（※）

	事業場名	所在地	①常時使用する 労働者の数	③業種（日本標準産業 分類の中分類を記入）
			②資本金の額又は 出資の総額	
1		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
2		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
3		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
4		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
5		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
6		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
7		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
8		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
9		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	
10		〒	人	分類番号： 分類項目名：
			円	

（※）申請日時点における、全構成事業主について記載すること。必要に応じて行を追加すること。また、複数の団体より構成される場合は、当該団体別に構成事業主一覧を作成すること。ただし、本構成事業主一覧については、上記の事項が含まれているものであれば、任意の様式により提出しても差し支えない。なお、労災保険の特別加入団体については、本資料の添付は不要である。