



受付No.  
(記入不要)

## 平成 年度小規模事業場産業医活動助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 平成 年 月 日

### 【請求者】

所在地	〒		労働者数	名
(フリガナ)		(フリガナ)	(役職)	
名称		代表者		氏名 ④
担当者	所属	氏名		電話番号

小規模事業場産業医活動助成金支給要領第 4 条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

### 記

#### 1 助成金申請額

	円
--	---

(※ 10 万円を上限として記入してください。)

#### 2 助成金振込先金融機関

(口座番号については右詰で左余白は 0 を記入し 7 桁とする。)

金融機関名			本・支店名			預金種目	普通	当座
銀行コード			支店コード			口座番号		
フリガナ								
口座名義								