

交付申請時の提出書類一覧

※書類が全て揃っていない場合や書類に不備がある場合には申請を受理することができません。ご注意ください。

※この他、審査に必要な書類を提出していただく場合があります。 ご承知おきください。

番号	書類名	部数	備考
1	団体経由産業保健活動推進助成金 交付申請書【様式第1号】	原本1部	
2	支給要件確認書 【様式第1号続紙】	原本1部	
3	構成事業主一覧 【様式第1号別添】	原本1部	以下の5事項が含まれていれば、任意の様式も可 「事業場名」、「所在地」、「①常時使用する労働者の数」、「②資本金の額又は出資の総額」、「③業種(日本標準産業分類の中分類)」
4	団体経由産業保健活動推進助成金 事業実施計画【様式第2号】	原本1部	
5	産業保健サービス番号毎の単価・ 人数(件数、契約月数等)が分かるもの【様式第2号】	原本1部	様式第2号(3枚目)の【産業保健サービス費用計算表】に記載した金額の根拠が分かるもの
6	団体の定款、会則、協定書等	写し1部	1年以上の活動実績が客観的に分かる書類、事業活動状況に問題がないことが分かる書類
7	直近2年間の収支決算書	写し1部	活動実績が2年に満たない場合は、直近1年間
8	産業保健サービス提供に係る見積書	写し1部	産業保健サービスを実施するために必要な経費の算出根拠が分かる資料 ※交付決定日より前に提供されたサービスはないか ※実施予定の産業保健サービスごとに、交付対象となる報酬、旅費、会議費、印刷製本費などについて、それぞれ内容、数量、単価、金額などが明確に記載されていること ※内容が不明瞭な場合には、産業保健サービスの詳細が分かる資料を添付してください。
9	産業保健サービス提供に係る事務 費用の見積書 ※該当する場合のみ	写し1部	交付決定日以降に産業保健サービスを実施するにあたり各種連絡調整等を外部機関に行わせた場合に支払う費用
10	助成金振込口座の通帳の写し	写し1部	助成金振込先の口座名義(フリガナが記載されたもの)、支店名、口座番号が確認できるページの写し

交付申請用 チェックリスト

様式第1号

- 申請日が記載されているか。
- 所在地が記載されているか。
- 団体の名称（フリガナも）が記載されているか。
- 代表者（役職・氏名・フリガナ）が記載されているか。
- 担当者（役職・氏名・フリガナ）が記載されているか。
- 問合せ先の電話番号が記載されているか。
（代表の電話番号の場合は内線番号も記載されているか。）
- 問合せ先のメールアドレスが記載されているか。
- 助成金申請額は、様式第2号（11）の金額が記載されているか。

様式第1号続紙

- (1)該当する分類が選択されているか。
（①又は②を選択した場合は、ア～チも選択されているか。）
- (2)事業主団体等の活動概要が記載されているか。
- (3)事業主団体等の主たる労働保険番号が記載されているか。
- (4)事業主団体等の主たる法人番号が記載されているか。
- (5)-①事業主団体等の全ての構成事業主数が記載されているか。
- (5)-②表の区分に従って中小企業事業主数が記載されているか。
- (6)助成金の振込を希望する金融機関情報が記載されているか。
- その他の要件等に全て回答しているか。
- 日付が記載されているか。（様式第1号と同じ日付か。）
- 団体の所在地、名称（フリガナも）、代表者の職名・氏名は記載されているか。

様式第1号別添

- 構成事業主一覧が記載されているか。
（または要件を確認できる任意様式を添付しているか。）

様式第2号

- 申請日が記載されているか。（様式第1号と同じ日付か。）
- (1)事業実施予定期間の終了日は、令和9年1月22日以前の日付が記載されているか。
- (2)事業実施予定対象事業場数とそのうち中小企業に属する事業場数が記載されている
- (3)サービス番号(①～⑧)・提供者(社名・氏名)・連絡先が記載されているか。
- (4)サービス番号(①～⑧)・実施予定期間・所要額が記載されているか。
- (5)【産業保健サービス費用計算表】の合計額が記載されているか。
- (6)事務を行う外部機関がある場合、その名称と連絡先が記載されているか。
- (7)上記の事務内容・実施期間・所要額が記載されているか。
- (8)次の3つの金額のうち、最も少ない金額が記載されているか。
(A)「(7)の合計額」 (B)「(5)の金額の5分の1」 (C)「500,000円」
- (9)構成事業主による負担がある場合は合計額とその算出根拠が記載されているか。
- (10)助成対象経費((5)+(8))に10分の9を乗じた額が記載されているか。
- (11)次の3つの金額のうち、最も少ない金額が記載されているか。
(A) (10)に記載した金額
(B)「((4)の合計+(7)の合計) - (9)」の金額
(C) 5,000,000円（都道府県事業主団体の場合は10,000,000円）
- 団体の名称、代表者の職名・氏名は記載されているか。
- 手引きP23の提出書類一覧を確認し、必要な書類を添付しているか。

支給申請時の提出書類一覧

※書類が全て揃っていない場合や書類に不備がある場合には申請を受理することができません。ご注意ください。

※この他、審査に必要な書類を提出していただく場合があります。ご承知おきください。

番号	書類名	部数	備考
1	団体経由産業保健活動推進助成金支給申請書【様式第12号】	原本1部	
2	支給要件確認書【様式第12号続紙】	原本1部	
3	団体経由産業保健活動推進助成金事業実施結果報告書【様式第13号】	原本1部	【重要】 サービス内容毎に「添付していただく資料等」が定められております。次頁★をご確認ください。
4	産業保健サービスを実施する者(産業医、保健師等)に関する契約書の写し	写し1部	①産業保健サービスの内容と契約期間 ②産業保健サービス実施に要した費用 ③産業保健サービスを提供する会社と契約した場合は、当該産業保健サービスを実施した者の氏名 ※金額の多寡に関わらず、契約書の締結が必要です。(注文書、申込書等では認められません。) ※申請書に記載されている連絡先に、契約内容等について確認させていただく可能性がございます。
5	産業保健サービスを実施する者の資格証の写し	写し1部	
6	産業保健サービスの実施に要した費用の支出に関する証拠書類(領収書、費用の振込記録が客観的に分かる預金通帳等の記録の写し)	写し1部	※交付決定日より前に提供されたサービス等については、助成対象外となりますので、事業実施予定期間(助成対象期間)における経費が確認できる資料
7	産業保健サービス提供に係る事務費用の支出に関する証拠書類(領収書、費用の振込記録が客観的に分かる預金通帳等の記録の写し) ※該当する場合のみ	写し1部	
8	労働保険概算・確定保険料申告書等の写し	写し1部	※労働者災害補償保険の適用事業主に該当しない場合、提出は不要です。

★産業保健サービス実施に係る資料等

◆重要◆産業保健サービスを受けた方の個人情報保護に十分配慮し、サービスを受けた方を特定できないような形式で提出してください。

産業保健サービス	添付資料
①ストレスチェック	・実施した「事業場名」、当該事業場の「常時使用する労働者の数」及びストレスチェックを受検した人数」を任意様式にて提出すること
①集団分析	・集団分析報告書(報告書作成日、報告書作成者、事業者名、事業者の常時使用する労働者の数のみ把握できる形式で提出すること)
②意見聴取	・意見聴取日時、意見聴取人数が分かる資料
③保健指導	・保健指導実施報告書(指導日時、指導者氏名、指導の概要) ※指導を受けた者の個人情報保護に十分配慮し、指導を受けた者を特定できないような形式で提出すること ・指導を受けた者の満足度調査
④面接指導及び当該指導に基づく意見聴取	・面接指導実施報告書(指導日時、指導者氏名、指導の概要) ※指導を受けた者の個人情報保護に十分配慮し、指導を受けた者を特定できないような形式で提出すること ・指導を受けた者の満足度調査
⑤健康相談	・相談対応実施報告書(対応日時、対応者氏名、対応の概要) ※相談者の個人情報保護に十分配慮し、相談者を特定できないような形式で提出すること ・利用者の満足度調査 ・相談会を開催した場合は相談会風景の写真
⑥治療と仕事の両立支援	・両立支援実施報告書(支援日時、支援者氏名、支援の概要) ※支援を受けた者の個人情報保護に十分配慮し、支援を受けた者を特定できないような形式で提出すること ・支援を受けた者の満足度調査
⑦職場環境改善支援	・改善支援実施報告書(支援日時、支援者氏名、支援の概要) ※支援を受けた者の個人情報保護に十分配慮し、支援を受けた者を特定できないような形式で提出すること ・支援している風景の写真 ・職場巡視時に指摘された箇所の指摘前、指摘後の写真 ・支援を受けた事業場の満足度調査
⑧研修	・研修次第 ・研修資料 ・「受講した事業場名」及び「受講人数」を任意様式にて提出すること ・研修会風景の写真 ・アンケート集計報告書

支給申請用 チェックリスト

<input type="checkbox"/> 様式第 1 2 号
<input type="checkbox"/> 申請日が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 所在地が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 団体の名称（フリガナも）が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 代表者（役職・氏名・フリガナ）が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 担当者（役職・氏名・フリガナ）が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 問合せ先の電話番号が記載されているか。 （代表の電話番号の場合は内線番号も記載されているか。）
<input type="checkbox"/> 問合せ先のメールアドレスが記載されているか。
<input type="checkbox"/> 交付決定を受けた日と受付番号（交26-〇〇〇〇）が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 助成金申請額は、様式13号（14）の金額が記載されているか。
<input type="checkbox"/> 様式第 1 2 号続紙
<input type="checkbox"/> 支給要件確認書に全て回答しているか。
<input type="checkbox"/> 日付が記載されているか。（様式第12号と同じ日付か。）
<input type="checkbox"/> 団体の所在地、名称（フリガナも）、代表者の職名・氏名は記載されているか。
<input type="checkbox"/> 様式第 1 3 号
<input type="checkbox"/> 申請日が記載されているか。（様式第12号と同じ日付か。）
<input type="checkbox"/> (1)事業実施期間が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (2)事業実施対象事業場数が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (3)サービス番号(①～⑧)・提供者(氏名)・資格名・連絡先が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (4)産業保健サービス番号と周知状況が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (5)産業保健サービス番号とサービス内容詳細が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (6)産業保健サービス番号と効果検証内容が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (7)産業保健サービス番号と実施期間・所要額が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (8)【産業保健サービス費用計算表】の合計額が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (9)事務を行う外部機関がある場合、その名称と連絡先が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (10)上記の事務内容・実施期間・所要額が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (11)次の3つの金額のうち、最も少ない金額が記載されているか。 (A)「(10)の合計額」 (B)「(8)の金額の5分の1」 (C)「500,000円」
<input type="checkbox"/> (12)構成事業主による負担がある場合は合計額とその算出根拠が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (13)助成対象経費((8)+(11))に10分の9を乗じた額が記載されているか。
<input type="checkbox"/> (14)次の3つの金額のうち、最も少ない金額が記載されているか。 (A) (13)に記載した金額 (B)「((7)の合計+(10)の合計) - (12)」の金額 (C) 5,000,000円（都道府県事業主団体の場合は10,000,000円）
<input type="checkbox"/> 団体の名称、代表者の職名・氏名は記載されているか？
<input type="checkbox"/> 手引きP26の提出書類一覧を確認し、必要な書類を添付しているか。