令和 　 年　　月　　日

杉並区長　あて

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険サービス事業所非常勤職員健康診断等助成金交付申請書

　　杉並区介護保険サービス事業所非常勤職員健康診断等助成金交付要綱に基づき、下記の

金額の交付を関係書類を添えて申込みます。

記

１　助成金申請額（Ｃ）　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　実施計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 所 在 地 |  | |
| 実施予定項目 | 健康診断 | 精神保健相談 |
| 受診予定者数 | 人 | 人 |
| 単価（税込） | 円 | 円 |
| 小　計　A | 円 | 円 |
| 基準額　B | 7,500×受診(予定)人数　　　 人 ＝  　　　　　　　　　　　　　　円 | 受診費用（予定）  円×（予定）人数  人×１/２＝ 　　　　　 円 |
| ※助成額 C | 円 | 円 |

※助成額Cは、A・Bのいずれか金額の少ない方になります。

※助成金の上限は1事業所あたり、７５，０００円です。

３　添付書類

（１）事業所概況説明書　　別紙のとおり

担当者

電　話

ＦＡＸ