

記入例

令和 5年9月1日

杉並区長 あて

役職名も必ずご記入ください

所在地 杉並区阿佐谷南1-15-1  
 事業者名 株式会社 すぎなみ  
 代表者名 代表取締役 杉並 太郎 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 35,100 円

2 実施計画

事業所名	<u>すぎなみケアセンター</u>	
所在地	<u>東京都杉並区成田東4-36-13</u>	
実施予定項目	健康診断	精神保健相談
受診予定者数	<u>5</u> 人	<u>0</u> 人
単価 (税込)	<u>6,300円</u> 2人 <u>7,500 (8,500)円</u> 2人 <u>7,500 (10,500)円</u> 1人	円
小計 A	<u>35,100円</u>	
基準額 B	$7,500 \times \text{受診(予定)人数} \quad 5人 =$ <u>37,500円</u>	
※助成額 C	<u>35,100</u> 円	円

1人当たりの上限額が7,500円の為、下記のような計算となります。  
 $(6300 \times 2) + (7500 \times 2) + (7500 \times 1) = 35,100$

※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 杉並 なみすけ  
 電話 03-3312-2111  
 FAX 03-5307-0794