

令和 6年 9月 1日

杉並区長 宛

社会福祉法人 すぎなみ

所在地 杉並区阿佐谷南1-15-1

代表者 理事長 杉並 太郎 印

電 話 03(3312)2111

役職名も必ずご記入ください

助 成 申 請 書

下記のとおり助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 助成を受けようとする事業

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事業

2 助成の種類（資金の補助・資金の貸付け・財産の譲渡・財産の貸付け）及び内容

(1) 種類 資金の補助

(2) 内容 交付申請額 金 35,100 円

理由書、事業計画及び申請額算出内訳 別紙のとおり

3 添付書類

(1) 定款及び役員名簿

(2) 理由書

(3) 助成を受けようとする事業の計画書及びこれに伴う収支予算書

(4) 別に国又は他の地方公共団体から助成を受け、又は受けようとする場合には、
その助成の程度を記載した書類

(5) 財産目録

(6) 貸借対照表及び収支計算書

(7) 個人情報使用同意書

(8) 法人規模（従業員人数）のわかるもの

【担 当】

氏 名 杉並 なみすけ

電 話 03-3312-2111

F A X 03-5307-0794

理由書

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、事業経費の助成を受けたいため。

助成を受けようとする事業の計画書及びこれに伴う収支計算書

1 助成金申請額 (C) 金 35,100 円

2 事業計画及び申請額算出内訳

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>6300</u> 円 <u>8500</u> 円 <u>10,500</u> 円	<p>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。</p> $(6300 \times 2) + (7500 \times 2) + (7500 \times 1) = 35,100$
小計 A	<u>35,100</u> 円	
基準額 B	$7,500 \times \text{受診(予定)人数 } \underline{5} \text{人}$ $= \underline{37,500}$ 円	
助成額 C (A・Bいずれか金額が少ない方)	<u>35,100</u> 円	

※ 助成金の上限は1事業所あたり、75,000円です。

3 添付書類

事業所概況説明書 別紙のとおり