

記入例

令和 8 年 8 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 - 1 5 - 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   | すぎなみケアセンター              |        |
| 所在地    | 東京都杉並区成田東 4 - 3 6 - 1 3 |        |
| 実施予定項目 | 健康診断                    | 精神保健相談 |
| 受診予定者数 | 5 人                     | 0 人    |
| 単価（税込） | 6,300 円 2 人             | 円      |
|        | 7,500（8,500）円 2 人       |        |
|        | 7,500（10,500）円 1 人      |        |
| 小計 A   | 35,100 円                |        |
| 基準額 B  | 7,500 × 受診（予定）人数 5 人 =  |        |
|        | 37,500 円                |        |
| ※助成額 C | 35,100 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。  
(6300×2)+(7500×2)+(7500×1)=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