

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	$7,500 \times \text{受診(予定)人数}$ 人 = 円	受診費用（予定） 円 $\times$ （予定）人数 人 $\times 1/2 =$ 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
F A X