

記入例

令和 7 年 9 月 1 0 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 3 5 , 1 0 0 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 , 3 0 0 円 2 人	円	
	7 , 5 0 0 (8 , 5 0 0) 円 2 人		
	7 , 5 0 0 (1 0 , 5 0 0) 円 1 人		
小 計 A	3 5 , 1 0 0 円		
基準額 B	7,500×受診(予定)人数 5 人 = 3 7 , 5 0 0 円		
※助成額 C	3 5 , 1 0 0 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、7 5 , 0 0 0 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 0 3 - 3 3 1 2 - 2 1 1 1
F A X 0 3 - 5 3 0 7 - 0 7 9 4