

碧南市中小企業健康診断補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

碧 南 市 長 殿

申請者 所在地 〒

事業所名

代表者氏名

電 話 () -

事業所所在地

(事業所所在地は、所在地が市外の方は記入してください)

年度において補助事業等を実施するため補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

記

1. 補助事業の名称 中小企業健康診断補助事業
2. 補助事業等の目的 労働者の安全及び健康の確保
3. 補助金交付申請額 金 円
4. 補助事業の内容 労働安全衛生規則第44条第1項に規定する定期健康診断の実施

実施期間	着手日	年 月 日	
	完了日	年 月 日	
実績報告及び 成果	受診労働者数	人	
	内訳	健康診断受診項目が労働安全衛生規則第44条第1項に規定する項目全部の者	人
		受診項目を省略した者	人
	事業費（健康診断料）決算総額	円	
実施検診機関名			

5. 添付書類 ①健康診断受診者一覧表（様式第1号、様式第2号）
②全受診者の診断日、診断項目が分かる書類（写し）
③健康診断料の領収書（写し）
④市税の完納証明書（発行から30日以内）

様式第 1 号

健康診断実施者一覧表（全項目受診者）

- ①既往歴及び業務歴の調査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査
 ③身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 ④胸部エックス線検査及び喀痰検査
 ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査 ⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩尿検査
 ⑪心電図検査 上記 1 1 項目全ての検査を受診された方

(単位：円)

No.	受診者氏名	年齢	受診料	No.	受診者氏名	年齢	受診料
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				合計		人	円

※ 2 枚以上にまたがる場合でも合計金額は 1 枚目に記入して下さい。

※補助金の額：この様式に該当する場合 人数×1, 900円

様式第 2 号

健康診断実施者一覧表（省略受診者）

- ①既往歴及び業務歴の調査 ②自覚症状及び他覚症状の有無の検査
 ③身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 ④胸部エックス線検査及び喀痰検査
 ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 ⑦肝機能検査 ⑧血中脂質検査 ⑨血糖検査 ⑩尿検査
 ⑪心電図検査 のうち一つでも受診項目を省略して受診した方

(単位：円)

No.	受診者氏名	年齢	受診料	No.	受診者氏名	年齢	受診料
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				合計		人	円

※ 2 枚以上にまたがる場合でも合計金額は 1 枚目に記入して下さい。

※ 補助金の額：この様式に該当する場合 人数×800円

碧南市中小企業健康診断補助金交付請求書

碧 南 市 長 殿

申請者 所 在 地 〒

事 業 所 名

代 表 者 氏 名

電 話 () -

事 業 所 所 在 地

(事業所所在地は、所在地が市外の方は記入してください)

年 月 日付け 碧商第 号 で補助金の額の確定を受けた
補助事業について、下記のとおり請求します。

記

1. 補助事業の名称 中小企業健康診断補助事業

2. 補助金の額 金 円

なお、補助金については、以下の口座へ振込み願います。

<振込先>

金融機関名	銀 行 信用金庫 本 店 信用組合 支 店 協同組合		
預 金 種 目	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	
フリガナ			
口座名義人			