

令和 3 年度ストレスチェック助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 3 年 6 月 1 日

【請求者】

所在地	〒162-0832 東京都新宿区岩戸町 1-1-1		
フリガナ 名称	カブシキカイシャ トウキョウ (株)東京	労働者数	40 名 (内派遣労働者数 5 名)
代表者	役職 代表取締役	フリガナ 氏名	トウキョウ タロウ 東京太郎
担当者	所属 総務課	フリガナ 氏名	カナガワ イチロウ 神奈川一郎
問い合わせ先	電話番号 03-0000-0000	ファックス番号	03-0000-0001

ストレスチェックの実施及び体制の整備に対する助成金支給要領第 5 条に基づき、下記のとおり実施しましたので、

助成金の支給を申請します。

記

助成上限額は 500 円

1 ストレスチェック実施状況

実施人数	40 人	1 人あたり	500 円	計	20,000 円
------	------	--------	-------	---	----------

詳細は、別添様式第 2 号「ストレスチェック実施報告書」のとおり。

※ ただし 1 人あたりの単価が 500 円以上の場合、500 円と記載する。

2 ストレスチェックに係る医師による活動実施状況

助成上限額は 1 個当たり、21,500 円

活動回数	3 回	1 回につき	20,000 円	計	60,000 円
------	-----	--------	----------	---	----------

詳細は、別添様式第 3 号「ストレスチェックに係る医師による活動報告書」のとおり。

※ ただし 1 回あたりの単価が 21,500 円以上の場合、21,500 円と記載する。

3 助成金申請額

40 人×500 円=20,000 円

3 回×20,000 円=60,000 円

80,000 円 (上記 1 の計 + 2 の計)