

ストレスチェック助成請求書

年 月 日

公益財団法人勤労者福祉サービスセンター理事長 殿
センター事業助成等規程に基づき、次のとおり請求します。

事業所名		事業所番号	
		TEL	
代表者名		担当者	

請求額	<input type="checkbox"/> 受診者数 50名未満 10,000円 <input type="checkbox"/> 受診者数 50名～100名未満 20,000円 <input type="checkbox"/> 受診者数 100名以上 30,000円 ※1事業所につき年度(4月～翌年3月)1回のみ
実施年月日	年 月 日 ～ 年 月 日
費用	円 ※ストレスチェックに要した費用が助成額を下回る場合は、その費用が助成額
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 労働基準監督署への報告書または受診者数が確認できる書類(写し) <input type="checkbox"/> 実施機関発行のストレスチェックを実施したことが分かる請求書(写し)

- 事業所単位でご請求ください。
- ストレスチェックを実施した場合に助成します。
- 助成は、事業所が会員期間内にストレスチェックを実施し、請求したものに限りです。
- 報告書の提出日から6か月以内に請求してください。
- 助成金は、請求月の翌月20日に指定口座へ振り込みます。

※ご記入いただいた個人情報は、当該助成支給目的以外には利用しません。