

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。
 - 実施機関の請求日から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。