|  |
| --- |
|  |
| 特定保健指導助成金申請書 |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 事業所名称 | 　 | 　℡ |
| 所　在　地 |  | 　 |  |
| 区分 | 支援内容 | **一人あたり単価** | **実施人数** | **金　　　　　　額** |
| 被保険者 | 動機付け支援 | **10,000** | **円** |  | **名** |  | **円** |
| 積極的支援 | **30,000** | **円** |  | **名** |  | **円** |
| 被扶養者 | 動機付け支援 | **10,000** | **円** |  | **名** |  | **円** |
| 積極的支援 | **30,000** | **円** |  | **名** |  | **円** |
|  | **請　　求　　額** |  | **円** |
| 別紙のとおり、特定保健指導実施管理票・特定保健指導利用券を添えて助成金を申請します。保健指導機関又は事業主事業所住所事業所名称事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 振　込　金　融　機　関 | 銀　　　行 | 支店 |
| 信用金庫 |
| 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 名義 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 　 |
| * 請求人数分の「特定保健指導実施管理票」・「特定保健指導利用券」を、添付してください。
 |  | 受付 |
| * 保健指導にかかる助成金請求は、保健指導完了後に請求してください。
 |  |
| * 他の機関で、特定保健指導利用券を、使用した場合は請求出来ません。
 |  |
| * 資格喪失者は、請求出来ません。
 |