|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |