

保健指導の対象者が勤務している事業所番号・名称・電話番号・住所をご記入ください。

保健指導助成金申請書

事業所番号	1	2	3	4	年	月	日	
事業所名称	(医) ○△□ 病院						TEL	△△△-〇〇〇-××××
所在地	埼玉県〇〇市 △-□-◎							
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	3 名	30,000 円				
	積極的支援	30,000 円	2 名	60,000 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	90,000 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 埼玉県〇〇市 △-□-◎ 事業所名称 (医)○△□ 病院 事業主氏名 ○△□ 太郎					振込金融機関 ××銀行 信用金庫 ○○支店 普通・当座 口座番号 123456789 フリガナ イ)マルサンカクシカ ビョウイン (医)○△□ 病院			

※ 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。

- ※ 保健指導にか
 - ※ 他の機関で、
 - ※ 資格喪失者は
- 事業所において、医療関係者（医師・保健師・管理栄養士等）が保健指導を行った場合は、事業所住所・名称・事業主氏名・振込先口座をご記入ください。（押印不要）

受付