

年 月 日

## ストレスチェック補助請求書

公益財団法人世田谷区産業振興公社事業規則に基づき、以下のとおり補助金を請求します。

事業所番号	事業所名	代表者名
電話番号	担当部署名	担当者名

請求額	レ 受診者数50人	5,000円
	レ 受診者数51人～100人	10,000円
	レ 受診者数101人以上	20,000円
検査実施日	年 月 日 ～ 年 月 日	
費用	円(税込)	
添付書類	ストレスチェック補助請求書 労働働基準監督署等に提出したストレスチェック実施報告書の写し 領収書の写し(ストレスチェック実施費用と明記のあるもの)	

※検査実施後6ヶ月以内かつ当該年度内に実施した検査に対し、年度内1回・事業所からのご請求

(公社記入欄)

入会会員数	人	請求回数確認	
書類確認	補助請求書	実施報告書	その他書類

月	担当者	係長	課長
日			