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

月日	担当者	係　長	課　長