

平成 年 月 日

京都府農協健康保険組合 御中

事業所名：

事業主名：

印

## メンタルヘルス支援事業に係る助成申請書

標記事業に係る助成金の交付を、下記のとおり申請します。

記

|                                     |                                                |                        |      |  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|------|--|
| 利用内容<br>(①～④に<br>☑を記入)              | ① 精神科医による相談対応 (面談) <input type="checkbox"/>    |                        |      |  |
|                                     | 5,000円(税抜)/30分 (1/2助成)                         |                        |      |  |
|                                     | ② 従業員並びに各部課長への直接支援 <input type="checkbox"/>    |                        |      |  |
|                                     | 50,000円(税抜)/1件 (1/2助成)                         |                        |      |  |
|                                     | ③ 事業所におけるメンタルヘルス教育・研修 <input type="checkbox"/> |                        |      |  |
| 50,000円(税抜)/1件                      |                                                |                        |      |  |
| ④ ストレスチェック <input type="checkbox"/> |                                                |                        |      |  |
| 800円(税抜)/人 (1/2助成)                  |                                                |                        |      |  |
| ※ 助成申請額の欄には、税込金額の1/2の金額を記入してください。   |                                                |                        |      |  |
| 実施期日                                |                                                | 平成 年 月 日 ( ～ 平成 年 月 日) |      |  |
| 助成申請額                               |                                                | 円                      |      |  |
| 振込先                                 | 農協名                                            |                        | 種別   |  |
|                                     | 支店名                                            |                        | 口座番号 |  |

|       |   |
|-------|---|
| 助成決定額 | 円 |
|-------|---|

| 健保組合使用欄 |    |    |          |
|---------|----|----|----------|
| 照合      | 入力 | 確認 | 振込日      |
|         |    |    | 平成 年 月 日 |

添付書類

- ◎ 領収書（原本）を添付してください。  
(ネットバンク等の振込により領収書がない場合は、振込を確認できる書類を添付してください)
- ◎ 利用内容③の場合、実施要項および参加された方の名簿を添付してください。
- ◎ 利用内容④の場合、実施した方の名簿を添付してください。  
(実施日に資格喪失されていた方は、助成対象外です)  
(名簿は、被保険者証の記号・番号を記入し、番号順で並べた一覧を添付してください)