

# キャリアアップ助成金(健康診断制度コース)支給申請チェックリスト

30.4.1

<b>事業所名</b>			
健康診断制度コースを有期契約労働者等に延べ4人以上受診させた日を含む月分の賃金(時間外手当等を含む)を支給した日 平成 年 月 日		申請期間 <b>(延べ4人以上受診させた日を含む月分の賃金(時間外手当等を含む)を支給した日の翌日から2か月以内)</b> 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
No.	確認	提出書類	留意事項
1	<input type="checkbox"/>	キャリアアップ助成金支給申請書(様式第3号)	申請書余白に捺印を押印してください
	<input type="checkbox"/>	健康診断制度コース内訳(様式第3号(別添様式3))	
2	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書(共通要領 様式第1号)	
3	<input type="checkbox"/>	支払方法・受取人住所届	支払先口座未登録の場合及び住所地・事業主名等変更の場合
4	<input type="checkbox"/>	確認を受けたキャリアアップ計画書(写)	計画を変更している場合、キャリアアップ計画書(変更届)の(写)も必要となります。
5	<input type="checkbox"/>	健康診断制度が規定されている労働協約(写)または就業規則(写)	※就業規則(写)を提出する場合、常時10人以上の労働者を使用する事業主にあつては、労働基準監督署の受理印があるものが必要です。それ以外の事業主にあつては、監督署の受理印のあるもの、または、事業主と労働者代表者の署名及び押印による申立書の添付が必要です。(項目6も同様)
6	<input type="checkbox"/>	健康診断制度を規定する前の労働協約(写)または就業規則(写)	常時10人未満の労働者を使用する事業主が、健康診断制度を規定する前の労働協約または就業規則を作成していなかった場合はその旨を記載した申立書
7	<input type="checkbox"/>	対象労働者が健康診断を実施したことおよび実施日が確認できる書類	実施機関の領収書(写)や健康診断結果表(写)等
8	<input type="checkbox"/>	対象労働者の雇用契約書等(写)	
9	<input type="checkbox"/>	対象労働者の賃金台帳(写) ( 日締 日払)・(月給制 ・ 日給制 ・ 時給制 ・ その他)	対象労働者の健康診断実施日を含む月分
10	<input type="checkbox"/>	<b>【中小企業事業主である場合】</b> ①または②のどちらかをご提出下さい ①登記事項証明書(写)、資本の額又は出資の総額を記載した書類(写) ②事業所確認表(様式第4号)	①または②の一方で確認できない場合、双方の提出を求める場合があります。
生産性要件を満たした際の助成額の適用を受ける場合、追加書類は下記のとおりとなります。			
11	<input type="checkbox"/>	生産性要件算定シート(様式第2号) ※本助成金申請以前に提出があり、直近の会計年度が同一の場合、提出は不要です。	※社会福祉法人の場合は生産性要件算定シート(様式第2-1号) ※医療法人の場合は生産性要件算定シート(様式第2-2号) ※公益法人の場合は生産性要件算定シート(様式第2-3号) ※NPO法人の場合は生産性要件算定シート(様式第2-4号) ※学校法人の場合は生産性要件算定シート(様式第2-5号) ※個人事業主の場合は生産性要件算定シート(様式第2-6号)
	<input type="checkbox"/>	以前提出した生産性要件算定シートの直近の会計年度(平成 年度)	直近の会計年度が同一であり、すでに生産性要件算定シートを提出している場合こちらにチェックをお願いします。
12	<input type="checkbox"/>	各勘定科目の額が確認できる証拠書類(財務諸表)	個人事業主、また法人の種類によって提出する財務諸表は異なります。 (例)青色申告決算書、損益計算書、等
※	<input type="checkbox"/>	支給申請チェックリスト	確認済みのこのチェックリストも添付してください

※ 支給申請に係る注意点は以下のとおりです。

- ・ **キャリアアップ計画期間中に、就業規則または労働協約に新たに法定外の健康診断制度を施行した適用事業所が対象となります。**
- ・ 支給申請期間を経過した場合は支給申請を受理することはできません(1日でも不可です)。
- ・ 上記表中の提出書類の「(写)」となっている書類は、原本をコピーの上、A4サイズで提出願います。
- ・ **キャリアアップ計画書の確認を受ける前に延べ4人以上の健康診断を実施した場合、支給申請は確認日を含む月の賃金を支給した日の翌日から起算して2か月以内となります。**

※ 助成金に係るお問い合わせは、下記をお願いします

**福岡労働局 福岡助成金センター (担当 )**  
〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎本館1階  
TEL (092) 411-4701 FAX (092) 411-4703

申請書受理日( / )