

キャリアアップ助成金(処遇改善コース・健康診断制度)支給申請チェックリスト

28.8.5

事業所名			
健康管理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 平成 年 月 日		申請期間(延べ4人以上受診させた日の翌日から2か月以内) 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7号)	申請書余白に捺印を押印してください
	<input type="checkbox"/>	3 処遇改善コース(健康診断制度(共通処遇推進制度))内訳(様式第7号(別添様式4))	
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)	
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
8	<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	
9	<input type="checkbox"/>	対象労働者の雇用契約書等(写)	
10	<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
11	<input type="checkbox"/>	対象労働者の出勤簿(写)、タイムカード(写) (出勤状況が確認できる書類)	対象労働者の健康診断実施日を含む月分
12	<input type="checkbox"/>	【中小企業事業主である場合】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8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。
※	<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。

- ・ 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、支給申請は確認日の翌日から起算して2か月以内となります。

福岡労働局受理印

※ 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