第１５号様式

年度雇用労働者特殊健康診断事業認定及び助成金交付申請書

第 　　　　号

年　　月　　日

公益財団法人森林ネットおおいた

理事長　　　　　　　　　　　殿

住　　　　所

商号又は名称

　　　　年度雇用労働者特殊健康診断事業を下記のとおり実施したいので、公益財団法人森林ネットおおいた林業担い手対策事業業務規程第３４条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業体別 | 事業体数 | 受診者数  （Ａ） | １人当たり  受診経費 | １人当たり  助成額（Ｂ） | 助成金申請額  (C)=(A)×(B) |
|  |  |  |  |  |  |
| 民間認定事業体 |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　計 |  |  |  |  |  |

注　１）助成金申請額(C)は、１００円未満を切り捨てること。

　　２）添付書類　事業体別の受診者名簿及び受診を証する書類

第１６号様式

年度雇用労働者特殊健康診断事業認定及び助成金交付決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益財団法人森林ネットおおいた

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長

　　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号で交付申請のあった　　　　年度雇用労働者特殊健康診断事業助成金については、下記のとおり交付することに決定したので、公益財団法人森林ネットおおいた林業担い手対策事業業務規程第３５条の規定により通知します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　　１　助成対象経費　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　２　 　　　　　　　　 　　　　円

第１７号様式

年度雇用労働者特殊健康診断事業助成金請求書

第 　　　　号

年　　月　　日

公益財団法人森林ネットおおいた

理事長　　　　　　　　　　　殿

住　　　　所

商号又は名称

　　　　年　　月　　日付け　　　第　　　号で交付決定通知のあった　　　　年度雇用労働者特殊健康診断事業助成金　　　　　　　円を交付されるよう下記のとおり請求します。

記

１　助成金交付決定通知額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　請　　求　　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　支払先預金口座

（１）銀行名　・　支店名

　(ﾌﾘｶﾞﾅ)

（２）名　　　義

（３）預 金 種 別

（４）口 座 番 号