

# 令和4年度版 「心の健康づくり計画助成金」 の手引

事業者の方が各都道府県の産業保健総合支援センターのメンタルヘルス対策促進員の助言・支援を受けて、心の健康づくり計画を作成し、計画を踏まえメンタルヘルス対策を実施した場合に、事業者が費用の助成を受けることができる制度です。

職場におけるメンタルヘルス対策のために、是非ご活用ください。

心の健康づくり計画助成金（以下「本助成金」といいます。）は、厚生労働省の産業保健活動総合支援事業の一環として行われています。



独立行政法人労働者健康安全機構

勤労者医療・産業保健部

〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

<https://www.johas.go.jp/>

## ◆お知らせと注意事項◆

- 現在、産業保健関係助成金の申請を多数いただいていることから、本助成金を申請いただいた後、審査、支給決定及び振込みまでに期間を要していますので予めご了承ください。
- 申請書類へ記入の際には「助成金の手引」を熟読いただき、「記載漏れ」や「記載誤り」が無いようお願いいたします。また、送付前には、必ず「助成金支給申請チェックリスト兼同意書」で自己点検いただきますようお願いいたします。（申請書類に記載誤り等があった場合は、受付・審査にさらに時間を要します。）
- 様式第1号に記載いただいた事業場のご担当者様宛てに、事業場の取組や申請書類の内容に関して問い合わせする場合があります。ご担当者様は本助成金の仕組み等を十分ご理解の上申請し、問い合わせの際はご対応いただきますようお願いいたします。
- 次のお問い合わせには対応しておりません。
  - ・ 提出書類等の事前審査や到着状況のお問い合わせ
  - ・ 審査の進捗状況や振込みの時期に関するお問い合わせ
- 申請に当たって、次の点をお守りください。
  - ・ 申請書類はすべて A 4 サイズにそろえ、ホチキス止めはしないこと。
  - ・ 申請の際は申請書類をコピーし、控えとして保管すること。
  - ・ 申請書類は、黒のボールペン（消せるタイプのボールペン等は不可）で記入すること。

## 本手引における用語の説明

### ■ 事業者

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）（以下「法」という。）第 2 条第 1 項第 3 号に規定されている「事業を行う者で、労働者を使用するもの」をいう。

### ■ 事業場

昭和 47 年 9 月 18 日付け発基第 91 号通達「労働安全衛生法の施行について」の第 2 の 3 事業場の範囲で規定する事業場の適用範囲をいう。（当機構では厚生労働省ホームページ掲載の「労働保険適用事業場検索」で該当する事業場を適用事業場とみなしています。検索結果に申請事業場が反映されない場合は、最寄りの労働基準監督署にお問合わせください。）

### ■ 心の健康づくり計画

「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成 18 年 3 月 31 日 健康保持増進のための指針公示第 3 号）中の「4 心の健康づくり計画」をいう。

### ■ ストレスチェック

労働安全衛生法第 66 条の 10 第 1 項に規定する「心理的な負担の程度を把握するための検査」をいう。

### ■ メンタルヘルス対策促進員

中小規模事業場のメンタルヘルス対策を普及促進するため、産業保健総合支援センターが委嘱したメンタルヘルス対策に関する訪問支援を専門的に行う者をいう。

### ■ メンタルヘルス対策

「心の健康づくり計画」に記載されているメンタルヘルスケアを行うための対策をいう。

■ 倒産

次のいずれかに該当することをいう。

ア 破産手続開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始又は特別清算開始の申立てを受け、又は自ら申立てを行ったこと。

イ 手形交換所において、その手形交換所で手形交換を行っている金融機関が金融取引を停止する原因となる事実についての公表がこれらの金融機関に対してされたこと。

■ 産業保健関係助成金

平成 26 年 4 月 1 日付け要領第 7 号「産業保健活動総合支援事業実施要領」第 5 条の規定に基づく助成金のことをいう。

## 目 次

I	制度の概要.....	- 1 -
1	本助成金の概要 .....	- 1 -
2	助成を受けるための事業場の要件 .....	- 1 -
2-2	不支給要件.....	- 1 -
3	助成を受けるための取組の要件 .....	- 2 -
4	助成対象.....	- 2 -
5	助成金額.....	- 2 -
II	支給申請手続き等について.....	- 3 -
1	手続きの流れ .....	- 3 -
2	提出書類及び添付書類.....	- 5 -
3	対象となる取組の実施時期と申請期間.....	- 6 -
4	申請方法等 .....	- 7 -
5	提出先.....	- 8 -
6	審査結果の通知及び支給方法 .....	- 8 -
7	証拠書類等の保管 .....	- 9 -
8	不正受給 .....	- 9 -
III	様式一覧.....	- 10 -
1	心の健康づくり計画助成金支給申請書（様式第1号） .....	- 11 -
2	メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書（様式第2号） .....	- 13 -
3	支給要件確認申立書（様式第3号） .....	- 15 -
4	心の健康づくり計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第4号） ..	- 16 -
5	労働保険料一括納付に係る証明書（様式例） .....	- 18 -
6	個人事業の開業・廃業等届出書（見本） .....	- 19 -
IV	全国の産業保健総合支援センター一覧 .....	- 20 -

# I 制度の概要

## 1 本助成金の概要

事業者が、メンタルヘルス対策促進員の助言・支援に基づき、心の健康づくり計画を作成し、当該計画に基づきメンタルヘルス対策の全部又は一部を実施した場合に、費用の助成を受けられます。

ただし「労働者数 50 人未満の小規模事業場」又は「保有する全ての事業場の労働者数が 50 人未満の企業」は、心の健康づくり計画の代わりに「ストレスチェック実施計画」を策定し、ストレスチェックを実施した場合も助成の対象になります。

## 2 助成を受けるための事業場の要件

次の3つの要件を全て満たしていることを必ず確認してください。

### ◆事業場の要件◆

- ☐ ① 労働者を雇用している法人・個人事業主で、当該事業場に雇用されている労働者がいること。
- ☐ ② 労働保険の適用事業場であること。
- ☐ ③ 登記上の本店又は本社機能を有する事業場であること。（個人事業主については、開業届の届出がされている事業場であること。）

### 2-2 不支給要件

以下の要件に該当する場合、本助成金を受けるための要件を満たしていても、次の①から⑦に該当する場合は本助成金を支給しません。

### ◆不支給の要件◆

- ☐ ① 支給申請書の提出日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度における労働保険料の滞納が継続している場合
- ☐ ② 支給申請書の提出日又は支給決定日の時点で、本助成金の不支給措置が取られている場合

- ☐ ③ 暴力団関係事業場（事業者が暴力団員に該当する事業場、暴力団員が経営に実質的に関与している事業場及びこれらの事業場であると知りながら、これを不当に利用するなどしている事業場等）であると認められる場合
- ☐ ④ 破壊活動防止法（昭和 27 年法律第 240 号）に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行うおそれのある団体に属している場合
- ☐ ⑤ 支給申請書の提出日又は支給決定通知日の時点で倒産している場合
- ☐ ⑥ 不正受給が発覚した際に機構理事長が実施する事業者名の公表について、あらかじめ同意していない場合
- ☐ ⑦ 支給申請書の提出日の前日から起算して 1 年前の日までの間に、労働関係法令違反を行ったことが明らか（司法処分等）である場合

詳しい要件については、平成 29 年 5 月 31 日付け「心の健康づくり計画助成金支給要領」第 3 条の 2 を御確認ください。

---

### 3 助成を受けるための取組の要件

---

次の①～④の取組を全て実施した場合に助成を受けることができます。

#### ◆取組の要件◆

- ☐ ① メンタルヘルス対策促進員の訪問を受け、メンタルヘルス対策促進員の助言・支援に基づき、令和 3 年度以降、新たに「心の健康づくり計画」を作成していること。
- ☐ ② 作成した①の「心の健康づくり計画」を労働者に周知していること。
- ☐ ③ ①の「心の健康づくり計画」に基づき具体的なメンタルヘルス対策を実施していること。
- ☐ ④ ①のメンタルヘルス対策促進員から「心の健康づくり計画」に基づき具体的なメンタルヘルス対策が実施されたことの確認を受けていること。

---

### 4 助成対象

---

前述 3 の取組に対して一律支給

---

### 5 助成金額

---

1 法人又は 1 個人事業主当たり、一律 100,000 円。

ただし、1 法人又は 1 個人事業主当たり将来にわたり 1 回限り助成されます。

## Ⅱ 支給申請手続き等について

### 1 手続きの流れ

本助成金を受け取るまでの手続きは次のとおりです。

#### ① メンタルヘルス対策促進員の訪問支援の申し込み

各都道府県にある産業保健総合支援センターに、メンタルヘルス対策促進員の訪問支援の申し込みをする。

#### ② 心の健康づくり計画の作成に係る助言・支援

訪問したメンタルヘルス対策促進員からの助言・支援（事業場訪問3回まで）を受ける。

#### ③ 心の健康づくり計画の作成

心の健康づくり計画を作成する。

#### ④ 心の健康づくり計画の周知

労働者に心の健康づくり計画を周知する。

#### ⑤ 心の健康づくり計画の実施

心の健康づくり計画に基づきメンタルヘルス対策を実施する。

#### ⑥ メンタルヘルス対策促進員による確認

メンタルヘルス対策促進員から「心の健康づくり計画」に基づき具体的なメンタルヘルス対策が実施されたことの確認を受ける。

#### ⑦ 本助成金支給申請

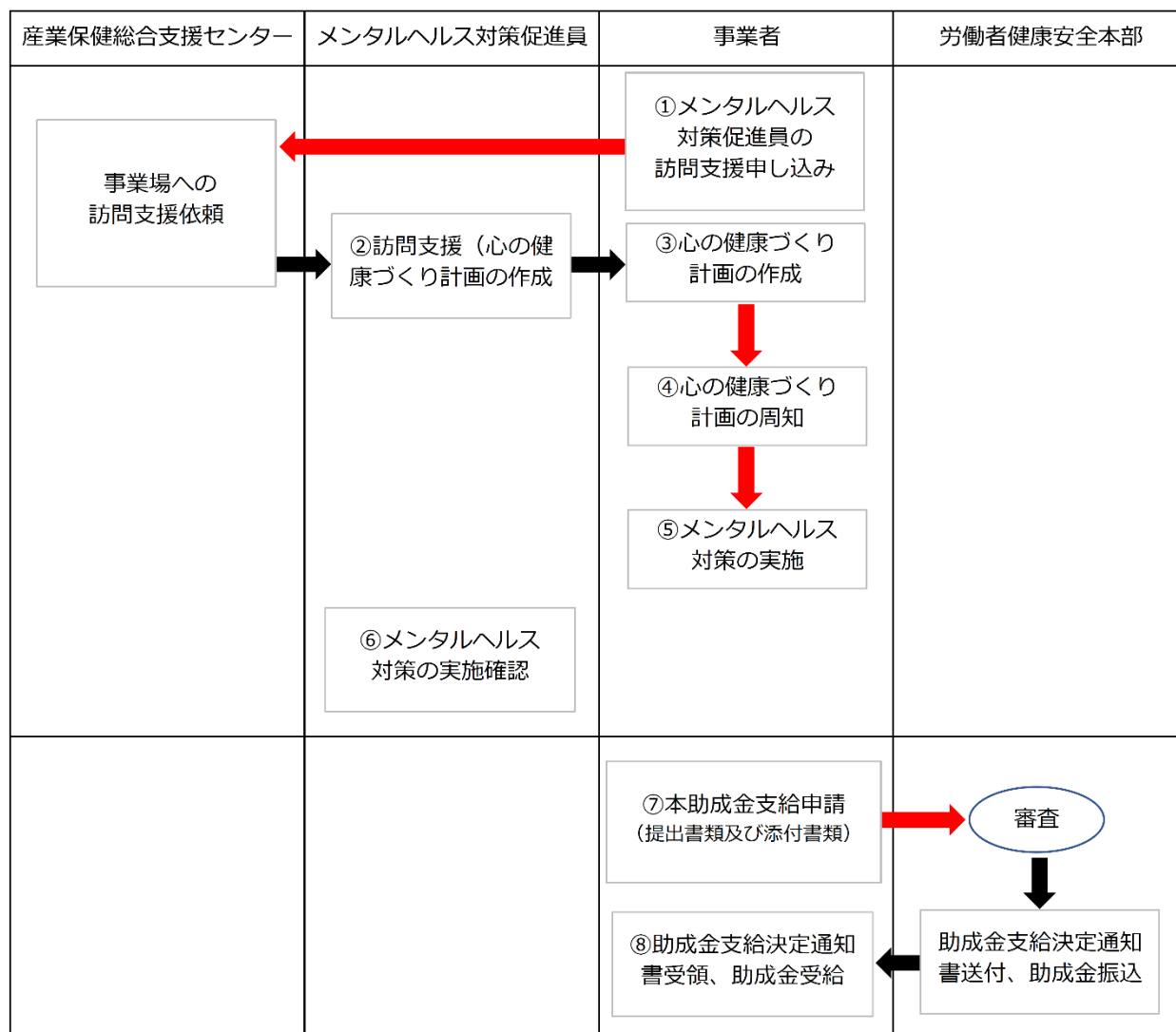
必要な書類を添えて、労働者健康安全機構へ本助成金の支給申請を行う。

#### ⑧ 助成金支給決定通知書の受取、本助成金受領

労働者健康安全機構から支給決定通知書が届き、本助成金が支払われる。



## フローチャート



---

## 2 提出書類及び添付書類

---

### ■提出書類

#### ① 「心の健康づくり計画助成金支給申請書」(様式第1号)

### ■添付書類

#### ① 事業場の概要が確認できる書類

##### ◆法人の場合◆

登記事項証明書(商業・法人登記)

「履歴事項全部証明書」または「現在事項全部証明書」

(原本、発行日から3か月以内のもの)

※ 法務局ホームページの登記情報提供サービスから印刷した登記情報等、法務局の証明文や公印等のないものは代用できません。

##### ◆個人事業主の場合◆

開業届(写)

※ 開業届の写しに個人番号が記載されている場合は、黒く塗りつぶす等の処理をしてから提出してください。

※ 電子申告の場合は「申告した開業届のデータ」と、申告データの送信後にメッセージボックスに格納される「受信通知」を提出してください。

#### ② 「メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書」(様式第2号)

#### ③ 「心の健康づくり計画」

#### ④ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書(写)

※ 事業場の労働保険概算・確定保険料申告書の写しに常時雇用労働者数が記載されていない場合、雇用保険被保険者証の提出等を求める場合があります。

※ 労働保険の申告・納付を労働保険事務組合に委託している場合は「算定基礎賃金等の報告の写し」及び「事務組合の印が押印された納入通知書の写し」の2点を提出してください。

※ 都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は「納付の猶予(特例)許可通知書」(写)も併せて提出してください。

⑤ **労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】**

※ 労働保険料を本社等が一括納付している場合で、50 人未満の小規模事業場又は保有する全ての事業場が 50 人未満である企業がストレスチェック実施計画を心の健康づくり計画として申請する場合にのみ提出してください。

⑥ **振込先の通帳（写）等**

（振込先の名義（フリガナが記載されたもの）、支店名、口座番号が確認できるもの）

⑦ **「支給要件確認申立書」（様式第 3 号）**

⑧ **「心の健康づくり計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書」（様式第 4 号）**

⑨ **事業場宛ての返信用封筒（長形 3 号封筒（切手不要））**

---

### 3 対象となる取組の実施時期と申請期間

---

取組の実施時期によって申請期間が異なりますので、十分ご注意ください。

【対象となる取組の実施時期】

①上半期：令和 4 年 4 月 1 日から令和 4 年 9 月 30 日まで

②下半期：令和 4 年 10 月 1 日から令和 5 年 3 月 31 日まで

※ 様式第 2 号において、メンタルヘルス対策促進員が「メンタルヘルス対策の全部又は一部を実施していることを確認した」日が、上記①又は②の期間中である必要があります。

【申請期間】

①上半期の場合

令和 4 年 11 月 1 日から令和 5 年 3 月 31 日まで（消印有効）

②下半期の場合

令和 5 年 5 月 1 日から令和 5 年 10 月 31 日まで（消印有効）

ただし、各申請期間中であっても、支給対象となる申請がそれぞれの上限件数に達した場合は、上限に達した日の消印をもって受付を終了しますので、ご了承ください。

## 4 申請方法等

- ・ 事業場の代表者が申請してください。
- ・ 申請の受付は、郵送のみとなります。  
持参、電話、FAXなどによる申込みはできません。
- ・ 郵送方法は、郵便局が配達し、申請先（当機構本部）が受領した事実の証明が可能な方法（一般書留、簡易書留、レターパックプラス）でお願いします。
- ・ 郵送する際、封筒の表書き（レターパックプラスの場合は「品名」欄）に、申請する本助成金の名称（申請が複数の場合は、すべての助成金の名称）を朱書きしてください。

<記載例（書留の場合）>



- 申請は、受付開始日の消印から終了日の消印まで有効です。  
（受付期間中に到着したものであっても、受付開始日の前日以前の消印は無効とみなします。）
- 到達確認は郵便局の追跡サービスをご利用ください。
- 申請書類（支給申請書や申立書等）の内容に変更が生じた場合は、速やかに変更内容を「5 提出先」に書面でお知らせください。

- ・ 受付を終了する場合、当機構のホームページで周知を行いますが、お申込みのタイミングによっては、すでに受付を終了している場合があります。
- ・ 「申請期間前の日付の消印」又は「申請期間後（申請受付停止日の翌日以降含む）の消印」の申請書類一式につきましては、誠に勝手ながら、破棄しますのでご了承ください。
- ・ 原則として、申請書類が申請先に到着しなかったことに対する異議を申し立てることはできません。

---

## 5 提出先

---

独立行政法人労働者健康安全機構  
勤労者医療・産業保健部 産業保健業務指導課 宛て  
〒211-0021  
神奈川県川崎市中原区木月住吉町1番1号 事務管理棟

---

## 6 審査結果の通知及び支給方法

---

審査の結果、本助成金の支給が決定された場合は「助成金支給決定通知書」（様式第5号）を送付した後、申請時の添付書類「振込先の通帳（写）等」に記載された金融機関口座へ振込により支払われます。

なお「助成金支給決定通知書」の発送時までに、支払口座の変更や社名変更、廃業等がある場合は、速やかに上記「5 提出先」に変更等の内容を書面でお知らせいただきますようお願いします。

ただし、下記の事由に該当する場合、支給を行いません。

- ・ 申請書類について不備があり、機構が設定する期限までに補正を行わない場合
- ・ 助成金支給決定通知書により通知した後、申請時の添付書類「振込先の通帳（写）等」に記載された金融機関口座に振込ができず、様式1号に記載された問合せ先に連絡がつかない場合

---

## 7 証拠書類等の保管

---

本助成金の支給を受けた事業者は、申請に係る書類につきまして、本助成金を受給した翌年から起算して、５年間保存してください。

---

## 8 不正受給

---

偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない本助成金の支給を受けた場合は取り消しを行い「助成金支給決定取消及び返還通知書」（様式第７号）を通知して、支給した本助成金を全額返還していただくとともに、事業場名を公表します。

また、産業保健関係助成金について不正受給を行った事業者に対しては、不正受給に係る産業保健関係助成金について不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して３年間本助成金を支給しません。

なお、不正受給を行った事業者の役員等（事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者。ただし、偽りその他不正行為に関与した者に限る。）が他の事業主等の役員等となっている場合は、役員等となっている他の事業主等に対しても、同様に同期間本助成金を支給しません。

### Ⅲ 様式一覧

各様式とチェックリストは、独立行政法人労働者健康安全機構のホームページからダウンロードできます。

<https://www.johas.go.jp/tabid/2053/Default.aspx>

支給申請関係		
様式番号	様式名称	提出
第 1 号	心の健康づくり計画助成金支給申請書	○
第 2 号	メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書	○
第 3 号	支給要件確認申立書	○
第 4 号	心の健康づくり計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書	○
－	労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）	△

○： 必ず提出が必要になります。

△： 労働保険料一括納付に係る証明書は、労働保険料を本社等が一括納付している場合で、50 人未満の小規模事業場又は保有する全ての事業場が 50 人未満である企業がストレスチェック実施計画を心の健康づくり計画として申請する場合にのみ提出してください。

# 1 心の健康づくり計画助成金支給申請書（様式第1号）

（様式第1号）



受付No.  
（記入不要）

## 令和 年度心の健康づくり計画助成金支給申請書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

申請日 令和 年 月 日

【請求者】

所在地	〒		
フリガナ 名称		労働 者数	名 (内派遣労働者数 名)
代表者	役職	フリガナ 氏名	
担当者	所属	フリガナ 氏名	
問い合わせ先	電話番号	ファックス番号	

心の健康づくり計画助成金支給要領第4条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

### 1 心の健康づくり計画の周知状況

周知開始日	令和 年 月 日		
担当者	所 属	氏 名	
周知方法			

### 2 心の健康づくり計画に基づくメンタルヘルス対策実施状況

実 施 日	実施内容
令和 年 月 日	

(R4.4)



# 記載例

(様式第1号)



受付No.  
(記入不要)

## 令和4年度心の健康づくり計画助成金支給申請書

- ① 登記上の本店又は本社機能を有する事業場であること。  
(登記簿謄本に記載してある商号と合致していること。)
- ② 一度本助成金を受給している企業は申請できません。

郵送する日を記入

申請日 令和4年11月4日

【請求書】

申請事業場(登記上の本店又は本社機能を有する事業場)の労働者数を記入

所在地	〒211-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉1番1号		
フリガナ 名称	カブシキガイシャ ロウアン (株)ろうあん	労働者数	35名 (内派遣労働者数5名)
代表者	役職 代表取締役	フリガナ 氏名	ロウアン イチロウ 労安 一郎
担当者	所属 総務課	フリガナ 氏名	カワサキ ハナコ 川崎 花子
問い合わせ先	電話番号 044-431-8661	ファックス番号	044-411-5531

心の健康づくり計画助成金支給要領第4条に基づき、下記のとおり助成金の支給を申請します。

記

周知開始日・実施日がメンタルヘルス対策促進員の初回訪問日より前になっていないことを確認

### 1 心の健康づくり計画の周知状況

周知開始日	令和4年7月11日	
担当者	所属	担当者
	総務課	川崎 花子
周知方法	「心の健康づくり計画」を施設内の掲示板、社内ポータルサイトへ掲示し、また、社内報により職員へ配布した。	

### 2 心の健康づくり計画に基づくメンタルヘルス対策実施状況

実施日	実施内容
令和4年8月2日	外部講師を招き、全従業員向けに心の健康づくりに関する研修会を実施した。

実施内容として認められないもの

- ① 労働者への心の健康づくり計画の周知
- ② 労働安全衛生法等、法令で義務付けられているもの  
例) 健康診断、労働者数50人以上事業場のストレスチェック等

## 2 メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書（様式第2号）

（様式第2号）



### メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書

#### 1 訪問企業名

企業名	
-----	--

#### 2 心の健康づくり計画に係る訪問状況

1回目 訪問日	令和 年 月 日
助言・支援内容	
2回目 訪問日	令和 年 月 日
助言・支援内容	
3回目 訪問日	令和 年 月 日
助言・支援内容	

#### 3 心の健康づくり計画の作成状況について

- ☐ 上記の助言・支援内容に基づき、事業者が、心の健康づくり計画又はストレスチェック実施計画を作成し、様式第1号のとおりメンタルヘルス対策の全部又は一部を実施していることを確認した。

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_  
産業保健総合支援センター  
メンタルヘルス対策促進員氏名

(R4.4)

# 記 載 例



(様式第 2 号)

## メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書

本社・本社機能を有する事業場であること。  
(登記簿謄本に記載してある商号と合致していることを確認してください。)

### 1 訪問企業名

企業名	(株)ろうあん
-----	---------

### 2 心の健康づくり計画に係る訪問状況

1回目 訪問日	令和 4 年 5 月 1 日
助言・支援内容	事業場における心の健康づくりの体制整備について助言。 メンタルヘルスクアを行うために必要な人材、事業場外資源の活用について助言。
2回目 訪問日	令和 4 年 6 月 6 日
助言・支援内容	事業場における問題点の把握及びメンタルヘルスクアの実務に関する助言。 労働者の健康情報の保護に関する助言。
3回目 訪問日	令和 4 年 7 月 8 日
助言・支援内容	心の健康づくり計画の実施状況の評価及び計画の見直しに関する助言。

### 3 心の健康づくり計画の作成状況について

① 心の健康づくり計画が労働者に周知され、  
② 心の健康づくり計画に記載されているメンタルヘルス対策が実施された場合にチェックしてください。

☒ 上記の助言・支援内容に基づき、事業者が、心の健康づくり計画又はストレスチェック実施計画を作成し、様式第 1 号のとおりメンタルヘルス対策の全部又は一部を実施していることを確認した。

令和 4 年 9 月 3 日

神奈川産業保健総合支援センター

メンタルヘルス対策促進員氏名 木月 三郎

(R4.4)

### 3 支給要件確認申立書（様式第3号）

様式第3号

#### 支 給 要 件 確 認 申 立 書

◆ 事業活動等に係る状況 (事業場が複数ある場合、すべての事業場の状況を踏まえ、はい・いいえのいずれかを○で囲んでください。)	
1 支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度における労働保険料の滞納が継続している。 (※都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予(特例)許可通知書」の写しを提出すること。)	(はい・いいえ)
2 本助成金の不支給措置がとられている。	(はい・いいえ)
3 暴力団関係事業場(事業者(法人である場合にあっては、当該法人の役員若しくは事業場の業務を統括する者その他これに準ずる者)が暴力団員(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)に該当する事業場、暴力団員が経営に実質的に関与している事業場及びこれらの事業場であると知りながら、これを不当に利用するなどしている事業場等)である。	(はい・いいえ)
4 事業者(法人である場合にあっては、当該法人の役員若しくは事業場の業務を統括する者その他これに準ずる者)が、破壊活動防止法に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行うおそれのある団体に属している。	(はい・いいえ)
5 支給申請書の提出日時時点で倒産している。	(はい・いいえ)
6 過去1年間に、労働関係法令(労働基準関係法令等)違反をしている。	(はい・いいえ)
【はいの場合、その内容：_____】	
7 過去3年以内に、産業保健関係助成金について不支給として支給を取り消されたことがある。	(はい・いいえ)
8 本助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、独立行政法人労働者健康安全機構(以下「機構」という。)が事業者名等を公表することに同意する。	(はい・いいえ)
9 「申請期間前の日付の消印」又は「申請期間後(申請受付停止日の翌日以降含む)の消印」の申請書類により申請を行った場合、不支給要件に該当する場合及び不正受給により支給決定を取り消された場合、機構が申請書類を破棄することに同意する。	(はい・いいえ)

1 から 9 までの記載事項については、いずれも相違ありません。また、1 から 9 までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を機構が行う場合には協力します。

年 月 日 独立行政法人 労働者健康安全機構 理事長 殿

申請事業者 所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者の役職及び氏名 \_\_\_\_\_

(R4.4)

## 4 心の健康づくり計画助成金支給申請チェックリスト兼同意書（様式第4号）

（様式第4号）

心の健康づくり計画助成金支給申請チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> 心の健康づくり計画助成金支給申請書（様式第1号） 次の全ての要件を満たしていることを確認してください。 a 労働者を雇用している法人・個人事業主で、当該事業場に雇用されている労働者がいること。 b 労働保険適用事業場であること。 c 企業の事業者であること。 d メンタルヘルス対策促進員の訪問を受け、メンタルヘルス対策促進員の助言・支援に基づき、令和3年度以降、新たに「心の健康づくり計画」を作成していること。 e 作成したdの「心の健康づくり計画」を労働者に周知していること。 f dの「心の健康づくり計画」に基づき具体的なメンタルヘルス対策を実施していること。 g dのメンタルヘルス対策促進員から「心の健康づくり計画」に基づき具体的なメンタルヘルス対策が実施されたことの確認を受けていること。
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 商業・法人登記事項証明書（登記簿謄本）の原本又は「開業届（控）」の写し 申請日より3か月以内に発行された「履歴事項全部証明書」又は「現在事項全部証明書」の原本を添付してください。 なお、個人事業主は「開業届（控）」の写しを添付してください。 <b>※開業届（控）の写しに個人番号が記載されている場合は、黒く塗りつぶす等処理をしてから提出してください。</b>
3	<input type="checkbox"/> 「メンタルヘルス対策促進員企業訪問報告書」（様式第2号） メンタルヘルス対策促進員の記名があることを確認してください。
4	<input type="checkbox"/> 心の健康づくり計画 メンタルヘルス対策促進員の助言・支援に基づき作成した心の健康づくり計画を添付してください。なお、労働者数50人未満の事業場は、ストレスチェックの実施が義務ではないため、ストレスチェック実施計画のみでも心の健康づくり計画と同等とみなし、本助成金支給対象とします。
5	<input type="checkbox"/> 労働保険概算・確定保険料申告書等（写） 助成金支給申請の直近の申告書の写しを添付してください。労働保険事務組合に委託している場合は、労働保険料算定基礎賃金等の報告の写しと労働保険料等納入通知書の写しを添付してください。 <b>※労働基準監督署等の受付が証明されていることが必要です。</b> なお、都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しも提出してください。
6	<input type="checkbox"/> 労働保険料一括納付に係る証明書【該当事業場のみ】 労働保険料を本社等が一括納付している場合で、50人未満の小規模事業場又は保有する全ての事業場が50人未満である企業がストレスチェック実施計画を心の健康づくり計画として申請する場合にのみ提出してください。

7	<input type="checkbox"/>	振込先の通帳（写）等（振込先のフリガナ名義、口座番号が確認できるもの）
		金融機関、支店名、口座フリガナ名義、口座番号が確認できる箇所の写しを添付してください。 ※法人の場合は個人名の口座には振込みできません。ただし、個人事業主の場合は屋号付き事業主本人名義の口座又は事業主本人名義の口座でもかまいません。
8	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第3号）
		同時に複数の助成金の申請をする場合は、支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
9	<input type="checkbox"/>	返信用封筒（長形3号封筒）
		切手は不要です。

#### 同意書

- ・ 上記1～9にチェックを入れた内容について、申請内容と相違ないことを確約・同意します。
- ・ 申請内容に不備等があった場合において、貴機構の求めがあるときは、速やかに必要な事項を報告又は説明することを確約します。
- ・ 偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返金することに同意します。

令和    年    月    日

所            在            地

名                                  称

代表者（役職・氏名）

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿

(R4.4)

## 5 労働保険料一括納付に係る証明書（様式例）

### 労働保険料一括納付に係る証明書

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 殿

当機関が、下記事業場の労働保険料について一括納付していることを証明します。

記

【事業場名等】

労働保険No.	事業場名	人数
		人

令和 年 月 日

事業場名（本社等）

---

代表者

---

(R4.4)

## 6 個人事業の開業・廃業等届出書（見本）

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>税務署受付印</p> </div> <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div> </div> </div>																														
<h3 style="margin: 0;">個人事業の開業・廃業等届出書</h3>																														
<p>税務署長</p> <p>平成 年 月 日 提出</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">納税地</td> <td style="width: 85%;">                 住所地・居所地・事業所等（該当するものを○で囲んでください。）                  （〒 - ）                  （TEL - - ）             </td> </tr> <tr> <td>上記以外の 住所地・ 事業所等</td> <td>                 納税地以外に住所地・事業所等がある場合は記載します。                  （〒 - ）                  （TEL - - ）             </td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>                 生年 大正 昭和 平成                  月 日 年 月 日 生             </td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td>   </td> </tr> <tr> <td>職業</td> <td>                 フリガナ                  屋 号             </td> </tr> </table>	納税地	住所地・居所地・事業所等（該当するものを○で囲んでください。） （〒 - ） （TEL - - ）	上記以外の 住所地・ 事業所等	納税地以外に住所地・事業所等がある場合は記載します。 （〒 - ） （TEL - - ）	フリガナ	生年 大正 昭和 平成 月 日 年 月 日 生	氏名		個人番号		職業	フリガナ 屋 号																	
納税地	住所地・居所地・事業所等（該当するものを○で囲んでください。） （〒 - ） （TEL - - ）																													
上記以外の 住所地・ 事業所等	納税地以外に住所地・事業所等がある場合は記載します。 （〒 - ） （TEL - - ）																													
フリガナ	生年 大正 昭和 平成 月 日 年 月 日 生																													
氏名																														
個人番号																														
職業	フリガナ 屋 号																													
<p style="text-align: center; margin: 0;">税務署の受付印があること</p>																														
<p>個人事業の開業等について次のとおり届けます。</p>																														
<p>届出の区分</p> <p>〔該当する文字を○で囲んでください。〕</p>	<p>開業（事業の引継ぎを受けた場合は、受けた先の住所・氏名を記載します。）</p> <p>住所 _____ 氏名 _____</p> <p>事務所・事業所の（新設・増設・移転・廃止）</p> <p>廃業（事由） _____</p> <p>（事業の引継ぎ（譲渡）による場合は、引き継いだ（譲渡した）先の住所・氏名を記載します。）</p> <p>住所 _____ 氏名 _____</p>																													
<p>所得の種類</p>	<p>不動産所得・山林所得・事業（農業）所得 〔廃業の場合…全部・一部（ ）〕</p>																													
<p>開業・廃業等日</p>	<p>開業や廃業、事務所・事業所の新増設等のあった日 平成 年 月 日</p>																													
<p>事業所等を新増設、移転、廃止した場合</p>	<p>新増設、移転後の所在地 _____ （電話） _____</p> <p>移転・廃止前の所在地 _____</p>																													
<p>廃業の事由が法人の設立に伴うものである場合</p>	<p>設立法人名 _____ 代表者名 _____</p> <p>法人納税地 _____ 設立登記 平成 年 月 日</p>																													
<p>開業・廃業に伴う届出書の提出の有無</p>	<p>「青色申告承認申請書」又は「青色申告の取りやめ届出書」 有 ・ 無</p> <p>消費税に関する「課税事業者選択届出書」又は「事業廃止届出書」 有 ・ 無</p>																													
<p>事業の概要</p> <p>〔できるだけ具体的に記載します。〕</p>																														
<p>給与等の支払状況</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>区 分</th> <th>従業員数</th> <th>給与の定め方</th> <th>税額の有無</th> <th rowspan="4" style="width: 50px;">その他参考事項</th> </tr> <tr> <td>専従者</td> <td style="text-align: center;">人</td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>使用人</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td></td> <td></td> <td>有・無</td> </tr> </table>	区 分	従業員数	給与の定め方	税額の有無	その他参考事項	専従者	人		有・無	使用人			有・無	計			有・無												
区 分	従業員数	給与の定め方	税額の有無	その他参考事項																										
専従者	人		有・無																											
使用人			有・無																											
計			有・無																											
<p>源泉所得税の納期の特例の承認に関する申請書の提出の有無 有 ・ 無</p>																														
<p>給与支払を開始する年月日 平成 年 月 日</p>																														
<p>関与税理士</p> <p style="text-align: right;">(TEL - - )</p>																														
<p>税務署 整理 欄</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>整理番号</th> <th>関係部門</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>番号確認</th> <th>身元確認</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0          </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 済  <input type="checkbox"/> 未済                 </td> </tr> <tr> <td>源泉用紙交付</td> <td>通信日付印の年月日</td> <td>確認印</td> <td colspan="4">                     確認書類                      個人番号カード／通知カード・運転免許証                      その他 ( )                 </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		整理番号	関係部門	A	B	C	番号確認	身元確認	0						<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済	源泉用紙交付	通信日付印の年月日	確認印	確認書類 個人番号カード／通知カード・運転免許証 その他 ( )					年 月 日					
整理番号	関係部門	A	B	C	番号確認	身元確認																								
0						<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済																								
源泉用紙交付	通信日付印の年月日	確認印	確認書類 個人番号カード／通知カード・運転免許証 その他 ( )																											
	年 月 日																													



## Ⅳ 全国の産業保健総合支援センター一覧

(令和4年4月1日現在)

都道府県	電話番号	都道府県	電話番号
北海道	011(242)7701	滋賀	077(510)0770
青森	017(731)3661	京都	075(212)2600
岩手	019(621)5366	大阪	06(6944)1191
宮城	022(267)4229	兵庫	078(230)0283
秋田	018(884)7771	奈良	0742(25)3100
山形	023(624)5188	和歌山	073(421)8990
福島	024(526)0526	鳥取	0857(25)3431
茨城	029(300)1221	島根	0852(59)5801
栃木	028(643)0685	岡山	086(212)1222
群馬	027(233)0026	広島	082(224)1361
埼玉	048(829)2661	山口	083(933)0105
千葉	043(202)3639	徳島	088(656)0330
東京	03(5211)4480	香川	087(813)1316
神奈川	045(410)1160	愛媛	089(915)1911
新潟	025(227)4411	高知	088(826)6155
富山	076(444)6866	福岡	092(414)5264
石川	076(265)3888	佐賀	0952(41)1888
福井	0776(27)6395	長崎	095(865)7797
山梨	055(220)7020	熊本	096(353)5480
長野	026(225)8533	大分	097(573)8070
岐阜	058(263)2311	宮崎	0985(62)2511
静岡	054(205)0111	鹿児島	099(252)8002
愛知	052(950)5375	沖縄	098(859)6175
三重	059(213)0711		

### ◆全国の産業保健総合支援センター一覧

<https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx>