**令和６年度エイジフレンドリー間接補助金**

**申請書類及び注意事項**

目　次

|  |
| --- |
| * 申請前注意事項-必ず一読ください-・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
* 申請書類に関する注意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
* 労働災害防止対策コース　提出資料一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
* スポーツ・運動指導コース　提出資料一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５
* コラボヘルスコース　提出資料一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
* 提出に関する注意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
* Ⓐ様式１「令和６年度エイジフレンドリー間接補助金交付申請書」・・・・・・・・・・・・８
* Ⓑ様式１(別紙)①②③「間接補助金の対象となる安全衛生対策等の実施計画書」

（高年齢労働者の労働災害防止対策コース①②③）・・・・・・・・・９～１１* Ⓒ様式１(別紙)④⑤⑥「間接補助金の対象となる安全衛生対策等の実施計画書」

（行動災害防止のためのスポーツ・運動指導コース①②③）・・・・１２～１４* Ⓓ様式１(別紙)⑦⑧⑨「間接補助金の対象となる安全衛生対策等の実施計画書」

（コラボヘルスコース①②③）・・・・・・・・・・・・・・・・・１５～１７* Ⓔコラボヘルスコース計画書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８
* Ⓕ様式１－１「誓約及び申立書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９
* Ⓖ様式１－２「高年齢労働者名簿」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０
* Ⓗ様式１－３「対象経費内訳書」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２１
* Ⓘ写真添付台紙・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２２
* Ⓘ別添・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２３
* 参考資料　業種コード表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２４
* 申請書類提出後のスケジュール・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２５
 |

**★申請に関するお問合せは電話にてお願いします★**

【電話番号】０３(６３８１)７５０７

受付時間　10:00-12:00/13:00-16:00（土日祝休、12:00-13:00間は電話に出ることができません）

（8月13日～8月16日(夏季休暇)、12月30日～1月3日(年末年始)を除く）

**メールアドレス(追加資料送付専用)：**af-hojyojimucenter@jashcon.or.jp

※メールでのお問合せは回答できかねます。また、メールでの申請書類の提出はできません。

**≪申請前注意事項―必ず一読ください―≫**

|  |
| --- |
| **★　Ｑ＆Ａは確認しましたか　★**厚生労働省またはエイジフレンドリー補助金事務センター(以下事務センター)のホームページ内に補助金に関する実施要領、交付規程、Ｑ＆Ａならびにリーフレット(pdf)がありますので、まずはそれらを確認の上、申請の検討を行ってください(対象事業者、中小企業者の範囲も必ず確認ください)・厚生労働省ＨＰ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_09940.html・事務センターＨＰ　 https://www.jashcon-age.or.jp※前年度から申請対象等に変更箇所があります |
| * この補助金は**一法人につき年度内一度の申請**となります

複数の事業場での申請を検討されている場合は、必ずまとめて申請してください(事業場ごとでの申請はできません)交付決定された企業・法人は、対象事業場が異なっても同年度内の再申請はできません不採択となった企業・法人は申請期間中(１０月を除く)であれば、**不採択となった対策とは異なる対策**での申請が可能です* 労働災害防止対策コースのみ、高年齢労働者(６０歳以上、上限年齢なし)が対策を実施する事業場にいない、または業務に就いていない場合は申請できません

なお、経営者・役員・派遣労働者・労働保険特別加入者・労働保険未加入者は、６０歳以上であっても高年齢労働者の範囲に入りません* **申請前**または**申請期間中**、**交付決定通知書到着前**に発注、購入、施工等を行った場合は**補助金の支払がされません**
 |

**補助額について**

**本年度は申請コースが３つあります。各コースの補助率、補助上限額は異なりますのでご注意ください**

|  |  |
| --- | --- |
| **高年齢労働者の****労働災害防止対策コース** | ・補助率：職場環境改善に要する経費総額(税抜)の１/２・補助上限額：１００万円☆経費総額が２００万円**未満**の場合、補助額(交付申請額)は**経費総額の１/２**☆経費総額が２００万円**以上**の場合、補助額(交付申請額)は**上限の１００万円** |
| **行動災害防止のための****スポーツ・運動指導コース** | ・補助率：対策(取り組み)に要する経費総額(税抜)の３/４・補助上限額：１００万円 |
| **コラボヘルスコース** | ・補助率：対策(取り組み)に要する経費総額(税抜)の３/４・補助上限額：３０万円 |

**※複数コースでの申請も可能ですが、その場合の補助上限額は１００万円となります。複数コースでの申請の場合は、希望コースをまとめて申請してください（月を変えて異なるコースでの申請はできません）**

上記以外の申請条件や注意事項、各コースの対象労働者や対策・取り組み等については、ホームページ内Ｑ＆Ａやリーフレットに記載しています。事前の確認をお願いします

**申請書類に関する注意事項**

|  |
| --- |
| * 申請書類は**両面印刷しないでください**(片面印刷されたものを提出ください)
* 社印・角印等の押印は要りません
* 資料に不備・不足があった場合は補助金担当者様宛に事務センターよりご連絡を差し上げますので「担当者(書類作成者)の氏名」「電話番号」は正しく記入してください
* 一度申請された対策の**金額(経費総額、申請額)の変更は認められません**
* 申請書類のファイリング、インデックスの貼り付けはしないでください
* 不要な書類(申請しないコースのページ、目次、注意事項等)は送らないでください
* 申請書類の**原本は必ずお手元にお持ちいただき、写しを提出**してください
* 一度提出された申請書類の返送はできません。申請書類の受付控えの返送も行っておりません(返信用封筒を同封されても返送できません)
* 申請代行にて資料の作成・提出をする場合は、企業・法人の補助金担当者とは別に作成代行者の「会社名」「担当者氏名」「連絡先」を記載した用紙を提出ください(形式任意)なお、**導入される物品や取組の取り扱い業者・メーカーによる申請代行はできません**
 |

**◎次頁以降に各コースの「提出資料一覧表」があります。**

**そちらを確認の上、申請に必要な資料を揃えてください**

（※注意）「Ⓐ様式１」「Ⓕ様式１－１」「Ⓙ労働保険申告書」「Ⓚ労働保険領収書」は各コース共通の資料となります。
複数コースで申請する場合、上記４種の資料は１枚のみ提出ください

**労働災害防止対策コース　提出資料一覧表**

**★提出資料が揃わない場合、不採択とさせていただくことがございます★**

|  |  |
| --- | --- |
| **必要書類** | **「書類名称」、その他注意事項** |
| Ⓐ　**様式１**(P8) | 「令和６年度エイジフレンドリー間接補助金交付申請書」 |
| Ⓑ　**様式１（別紙）****①②③**(P9～P11) | 「間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書」（労働災害防止対策コース①②③） |
| Ⓕ　**様式１－１**(P19) | 「誓約及び申立書」 |
| Ⓖ　**様式１―２**(P20) | 「高年齢労働者名簿」 |
| Ⓗ　**様式１－３**(P21) | 「対象経費内訳書」 |
| Ⓘ　**写真添付台紙**(P22) | ・カラーの鮮明な写真を添付ください（現像写真不可。カラーコピー等を添付）・対策を実施する現場、労働者が実際に現場で働いている様子を写して添付ください・別紙での提出も可能ですが、必ず状況説明文を付けてください※入浴介助の現場については、利用者ではなく介護スタッフ同士で作業の様子がわかる写真でお願いします |
| Ⓘ　**別添**(P23) | 屋内作業で「体温を下げるための機能のある服」を申請する事業者のみ提出 |

**以下は申請者側でご用意いただき、上記書類と併せて提出ください**

|  |  |
| --- | --- |
| Ⓙ　**労働保険申告書** | 法人全体分(事業場が複数ある場合はそれら全て)を提出ください➡労働局で加入手続きの場合：「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」➡労働保険事務組合等に委託している場合：「労働保険等算定基礎賃金等の報告」・**上記のいずれかで直近のもの**をご用意ください・常時使用労働者数、労災加入人数が記載されている書類をご用意ください※「労働保険料納入通知書」は申告書類にはなりません |
| Ⓚ　**労働保険領収書** | ➡「納付書・領収証書」「労働保険料等領収書」「労働保険料等に係る口座振替**結果**のお知らせ」「保険料の引き落としがされたことがわかる通帳のコピー」・**上記のいずれかで直近のもの**をご用意ください※「口座振替のお知らせ」「労働保険料納入通知書」は領収書にはなりません |
| Ⓛ　**見積書** | 税抜表記されているものを提出ください・相見積もりは不要です・見積内訳がある場合は併せて提出ください |
| Ⓜ　**カタログ** | 購入予定品、使用部材の写真と型番のページをカラーで提出ください・カタログ冊子本体は送付しないでください・取扱説明書、仕様書はカタログにはなりません・特注等でカタログが用意できない場合は設計図面、完成予定図等をご用意ください |
| Ⓝ　**図面** | 対策を行う場所がわかるように印付け、色付けを行ってください・設備、装置の設置場所には印をつけてください・労働者個々に行われる対策(体温を下げるための機能のある服、パワーアシストスーツ等)での申請の場合、図面は必要ありません |
| ◎**暑熱作業場休憩設備**に関しては、直近の「暑熱に関する作業環境測定結果」の写しを提出ください |
| ◎**踏み間違い防止装置等の導入**の場合は「車両前面と側面の写真」「車検証」を提出ください |

≪参考資料「業種コード表(P24)」は提出不要です≫

**スポーツ・運動指導コース　提出資料一覧表**

**★提出資料が揃わない場合、不採択とさせていただくことがございます★**

|  |  |
| --- | --- |
| **必要書類** | **「書類名称」、その他注意事項** |
| Ⓐ　**様式１**(P8) | 「令和６年度エイジフレンドリー間接補助金交付申請書」 |
| Ⓒ　**様式１（別紙）****④⑤⑥**(P12～P14) | 「間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書」（運動指導コース①②③） |
| Ⓕ　**様式１－１**(P19) | 「誓約及び申立書」 |
| Ⓗ　**様式１－３**(P21) | 「対象経費内訳書」 |

**以下は申請者側でご用意いただき、上記書類と併せて提出ください**

|  |  |
| --- | --- |
| Ⓙ　**労働保険申告書** | 法人全体分(事業場が複数ある場合はそれら全て)を提出ください➡労働局で加入手続きの場合：「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」➡労働保険事務組合等に委託している場合：「労働保険等算定基礎賃金等の報告」・**上記のいずれかで直近のもの**をご用意ください・常時使用労働者数、労災加入人数が記載されている書類をご用意ください※「労働保険料納入通知書」は申告書類にはなりません |
| Ⓚ　**労働保険領収書** | ➡「納付書・領収証書」「労働保険料等領収書」「労働保険料等に係る口座振替結果のお知らせ」「保険料の引き落としがされたことがわかる通帳のコピー」・**上記のいずれかで直近のもの**をご用意ください※「口座振替のお知らせ」「労働保険料納入通知書」は領収書にはなりません |
| Ⓛ　**見積書** | 税抜表記されているものを提出ください・相見積もりは不要です・見積内訳がある場合は併せて提出ください |
| Ⓞ　**運動指導の****実施プログラム** | 専門家が作成したプログラムであることがわかる資料・スケジュール、実技指導の内容がわかるものをご用意ください |
| Ⓟ　**指導担当者の職種・経歴が確認できる資料** |

≪参考資料「業種コード表(P24)」は提出不要です≫

**コラボヘルスコース　提出資料一覧表**

**★提出資料が揃わない場合、不採択とさせていただくことがございます★**

|  |  |
| --- | --- |
| **必要書類** | **「書類名称」、その他注意事項** |
| Ⓐ　**様式１**(P8) | 「令和６年度エイジフレンドリー間接補助金交付申請書」 |
| Ⓓ　**様式１（別紙）****⑦⑧⑨**(P15～P17) | 「間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書」（コラボヘルスコース①②③） |
| Ⓔ　計画書(P18) | 「コラボヘルスコース計画書」 |
| Ⓕ　様式１－１(P19) | 「誓約及び申立書」 |
| Ⓗ　様式１－３(P21) | 「対象経費内訳書」 |

**以下は申請者側でご用意いただき、上記書類と併せて提出ください**

|  |  |
| --- | --- |
| Ⓙ　**労働保険申告書** | 法人全体分(事業場が複数ある場合はそれら全て)を提出ください➡労働局で加入手続きの場合：「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書」➡労働保険事務組合等に委託している場合：「労働保険等算定基礎賃金等の報告」・**上記のいずれかで直近のもの**をご用意ください・常時使用労働者数、労災加入人数が記載されている書類をご用意ください※「労働保険料納入通知書」は申告書類にはなりません |
| Ⓚ　**労働保険領収書** | ➡「納付書・領収証書」「労働保険料等領収書」「労働保険料等に係る口座振替結果のお知らせ」「保険料の引き落としがされたことがわかる通帳のコピー」・**上記のいずれかで直近のもの**をご用意ください※「口座振替のお知らせ」「労働保険料納入通知書」は領収書にはなりません |
| Ⓛ　**見積書** | 税抜表記されているものを提出ください・相見積もりは不要です・見積内訳がある場合は併せて提出ください |
| Ⓠ　**担当講師の職種・経歴が確認できる資料** |
| Ⓡ　**保険者へ事業主健診結果データを提供していることが確認できる資料** | 事業所カルテ、健康スコアリングレポート等の写し（企業・法人名の記載があるもの）※上記が入手できない場合は、様式１(別紙)⑨の「その他特記事項欄」に理由を記載の上、以下資料のいずれかを提出ください➡健診結果を保険者に提供することについての、健診機関への同意書・契約書➡協会けんぽや健康保険組合が実施する「生活習慣病予防健診」を受診している場合は以下２点を併せて提出・「生活習慣病予防健診対象者一覧」の写し・当該健診を受診していることが確認できる書類（請求書または健診結果の写し）➡健診結果を保険者に提供・提出する旨の同意欄が記載されている健診機関の問診票の写しと、当該健診費用の請求書の写し |

≪参考資料「業種コード表(P24)」は提出不要です≫

**提出に関する注意事項**

|  |
| --- |
| * **申請書類は郵便、または宅配便でお送りください(当日消印有効)****料金後納・料金別納では郵送しないでください(封筒に消印が付きません)**必ずポストへ投函、または窓口で消印が付く方法でお送りください宅配便の場合は宅配伝票の受付日欄に受付日が記載されることを確認くださいなお、**封筒に消印が確認できない(押されてない)、宅配伝票に受付日の記載がない場合、当事務センター到着日が受付日となります**
* 月末は申請が集中するため申請書類の確認が遅れることがあります。申請を希望される場合は、余裕をもって早めの提出をお願いします
* 申請前、申請期間中、交付決定通知書到着前に発注、購入、施工等を行った場合は対象外となり補助金の支払がされませんのでご注意ください
 |

**申請スケジュール**

★申請書類は毎月末に取りまとめ、翌月審査を行います（個別に審査、結果連絡を早めることはありません）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請受付期間(当日消印有効)** | **審査期間** | **結果連絡** |
| ５月７日～５月３１日 | ６月 | ６月３０日～７月上旬 |
| ６月１日～６月３０日 | ７月 | ７月３１日～８月上旬 |
| ７月１日～７月３１日 | ８月 | ８月３０日～９月上旬 |
| ８月１日～８月３１日 | ９月 | ９月３０日～１０月上旬 |
| ９月１日～９月３０日 | １０月 | １０月３１日～１１月上旬 |
| １０月１日～１０月３１日 | １１月 | １１月２９日～１２月上旬 |

**※交付決定額が予算に達した場合、申請受付期間中であっても受付を締め切ります**

**結果連絡方法**

・**交付決定の場合**⇒申請者(様式１(P8)の企業・法人代表)宛てに交付決定通知書を郵送します

※この時点ではまだ補助金の支払は行われません

・**不採択の場合**⇒申請担当者(様式１別紙の補助金担当者)宛てにメールにより通知します

|  |
| --- |
| 令和６年度エイジフレンドリー補助金申請書類提出期間**令和６年５月７日～令和６年１０月３１日(当日消印有効)** |

|  |
| --- |
| **【申請書類提出先】****〒１０５－００１４　東京都港区芝１－４－１０　トイヤビル５階****エイジフレンドリー補助金事務センター「申請担当」** |
| **★申請に関するお問合せは電話にてお願いします★**【電話番号】０３(６３８１)７５０７受付時間　10:00-12:00/13:00-16:00（土日祝休、12:00-13:00間は電話に出ることができません）（8月13日～8月16日(夏季休暇)、12月30日～1月3日(年末年始)を除く） |
| **メールアドレス(追加資料送付専用)：**af-hojyojimucenter@jashcon.or.jp※メールでのお問合せは回答できかねます。また、メールでの申請書類の提出はできません |

Ⓐ

　様式1

令和６年　　月　　日

一般社団法人　日本労働安全衛生コンサルタント会会長　殿

令和６年度エイジフレンドリー間接補助金交付申請書

＜申請者＞

|  |  |
| --- | --- |
| **所在地** | 〒 |
| **企業・法人名称** |  |
| **企業・法人代表の****役職と氏名**(※押印不要) | （役職）（氏名） |

エイジフレンドリー間接補助金交付規程第６条の規定に基づき、下記のとおり令和６年度エイジフレンドリー間接補助金（以下、「間接補助金」という）の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **安全衛生対策等を実施する事業場名**・対象となる事業場名を全て記入・事業所、支店、営業所等が無い場合は本社名を記入 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **コース別 間接補助金対象経費**※コースごとの様式１－３（対象経費内訳書）の総計を記入 | **間接補助金対象経費総額**（①＋②＋③の合計額を記入） |
| ①労働災害防止対策コース | 円(税抜) | 円(税抜) |
| ②スポーツ・運動指導コース | 円(税抜) |
| ③コラボヘルスコース | 円(税抜) |

|  |  |
| --- | --- |
| **コース別 間接補助金申請額**（※注１） | **間接補助金交付申請額**（④＋⑤＋⑥の合計額を記入）（※注２） |
| ④労働災害防止対策コース | 円(税抜) | 円(税抜) |
| ⑤スポーツ・運動指導コース | 円(税抜) |
| ⑥コラボヘルスコース | 円(税抜) |

（※注１）
・**労働災害防止対策コース**：対象経費の２分の１(小数点以下切り捨て)または１００万円のいずれか低い方を記入
・**スポーツ・運動指導コース**：対象経費の４分の３(小数点以下切り捨て)または１００万円のいずれか低い方を記入
・**コラボヘルスコース**：対象経費の４分の３(小数点以下切り捨て)または３０万円のいずれか低い方を記入

（※注２）
複数コース併せての補助上限額は１００万円です
複数コースを申請の場合は、優先するコース名に〇をつけてください（単一コースで申請の場合は記入不要）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先コース名 |  | 労働災害防止コース |  | スポーツ・運動指導コース |  | コラボヘルスコース |

（注）個人情報については、本件取得目的の範囲内で利用し、これらの目的以外で利用することはありません

Ⓑ

様式１（別紙）①

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪高年齢労働者の労働災害防止対策コース①≫**

|  |
| --- |
| **企業・法人全体の要件確認** |
| 企業・法人名称 |  | 設立年月日 |  |
| 主たる業種コード |  | ・２４ページ目「業種コード表」を参照の上、メインとなる業種コードを１つだけ記入ください |
| 資本金又は出資の総額 | 円 | ・資本金又は出資が無い場合は０と記入ください |
| 企業・法人全体の労働者数 | 人 | ・常態として使用する、労災加入労働者数を記入ください(パート、アルバイト含む。なお、常勤職員の人数ではありません）・役員、派遣労働者等は含まないでください |
| 労働保険加入状況の確認 | ※**労働保険申告書と労働保険領収書を提出ください**。必要資料に関しては４ページ目「労働災害防止対策コース提出資料一覧表」をご確認ください |

|  |  |
| --- | --- |
| **補助金担当者の氏名と連絡先** | ・提出資料について問合せをする場合がありますので、必ず申請書類**作成担当者**の氏名、連絡先を記入ください（書類作成代行者は別紙(形式任意)提出） |
| 役職または所属 |  | 氏名 |  |
| 電話番号（会社） |  | 電話番号（携帯） |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **対策を実施する事業場について** | ・対象となる事業場を**全て**記入ください（建設現場、警備場所は事業場にはなりません） |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 | 事業場内６０歳以上労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 | 事業場内６０歳以上労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 | 事業場内６０歳以上労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 | 事業場内６０歳以上労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |

※事業場内６０歳以上労働者数は、様式１－２(高年齢労働者名簿)と同じ人数を記入ください

※枠内に入らない事業場については別紙にて記載いただき提出ください

Ⓑ

様式１（別紙）②

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪高年齢労働者の労働災害防止対策コース②≫**

|  |  |
| --- | --- |
| **対策等の具体的内容** | ・該当する対策の□に✔または〇を入れてください |
| **高年齢労働者の身体機能の低下を補う設備・装置の導入、その他の労働災害防止対策** |
| （ア）転倒・墜落災害防止対策に関する経費 |
|  | a作業床や通路のつまずき防止対策(作業床や通路の段差解消)(※)  |
|  | b作業床や通路の滑り防止対策(水場等への防滑性能の高い床材・グレーチング等の導入、凍結防止装置の導入) |
|  | c転倒時のけがのリスクを軽減する設備・装備の導入 |
|  | d階段踏み面への滑り防止対策 |
|  | e階段への手すりの設置(※) |
|  | f 高所作業台の導入(自走式は含まず。床面から２ｍ未満の物) |
| (※) 法令違反状態の解消を図るものではないこと |
| （イ）重量物取り扱いや介護作業における労働災害防止対策に関する経費 |
|  | g不自然な作業姿勢を解消するための作業台等の設置 |
|  | h重量物搬送機器・リフトの導入(乗用タイプは含まず。介護用は除く) |
|  | i重筋作業を補助するパワーアシストスーツの導入 |
|  | j介護における移乗介助の際の身体的負担を軽減する機器の導入 |
|  | k介護における入浴介助の際の身体的負担を軽減する機器の導入 |
|  | l介護職員の身体の負担軽減のための介護技術(ノーリフトケア)の修得のための教育の実施 |
| （ウ）暑熱な環境による労働災害防止対策に関する経費 |
|  | m熱中症リスクの高い暑熱作業のある事業場(※Q&A要確認)における休憩施設の整備 |
|  | n体温を下げるための機能のある服の導入 |
|  | o熱中症の初期症状等の体調急変を把握できる小型携帯機器(ウェアラブルデバイス)による健康管理システムの導入 |
| （エ）その他（上記に含まれない高年齢労働者の労働災害防止対策に関する経費） |
|  | p業務用の車両への踏み間違い防止装置の導入 |
|  | qその他 |

|  |
| --- |
| **エイジフレンドリー補助金交付実績**※過去不採択となった対策や取組、今回初めて申請をする場合は、交付実績の記入は不要です |
| 実施年度 | 実施対策や取組の内容 | 実績金額 |
| 令和２年度 |  | 円 |
| 令和３年度 |  | 円 |
| 令和４年度 |  | 円 |
| 令和５年度 |  | 円 |

Ⓑ

様式１（別紙）③

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪高年齢労働者の労働災害防止対策コース③≫**

|  |
| --- |
| **実施する高年齢労働者の労働災害防止対策の概要（書ききれない場合は別紙可）** |
| ●企業・法人の事業概要、対象事業場の業務内容(現状)と対策の必要性 |
| （企業・法人の事業概要） |
| （事業場の業務内容(現状)と対策の必要性） |
| ●対策の実施方法と、期待する労働災害防止効果 |
| ・実施する対策名（物品名称、工事名称等）：・実施する場所（例：第１工場〇〇エリア、〇〇事業所、本社内階段等）：・その他特記事項： |
| （期待する労働災害防止効果） |

|  |  |
| --- | --- |
| **対策の実施に要する期間****（見込み）※** | (開始日)令和６年　　月　　日 ～ (終了日)令和　年　　月　　日 |

※対策の実施に要する期間は、申請月の翌々月１日以降～対策完了日を記入すること

なお、申請前、支払請求資料提出期限（令和７年１月３１日）以降の日にちは記入不可

（例えば、７月１０日に申請した場合、開始日は９月１日以降の日付を記入。終了日は令和７年１月３１日

までのおおよその日程を記入ください）

Ⓒ

様式１（別紙）④

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪行動災害防止のためのスポーツ・運動指導コース①≫**

|  |
| --- |
| **企業・法人全体の要件確認** |
| 企業・法人名称 |  | 設立年月日 |  |
| 主たる業種コード |  | ・２４ページ目「業種コード表」を参照の上、メインとなる業種コードを１つだけ記入ください |
| 資本金又は出資の総額 | 円 | ・資本金又は出資が無い場合は０と記入ください |
| 企業・法人全体の労働者数 | 人 | ・常態として使用する、労災加入労働者数を記入ください(パート、アルバイト含む。なお、常勤職員の人数ではありません）・役員、派遣労働者等は含まないでください |
| 労働保険加入状況の確認 | ※**労働保険申告書と労働保険領収書を提出ください**。必要資料に関しては５ページ目「スポーツ・運動指導コース提出資料一覧表」をご確認ください |

|  |  |
| --- | --- |
| **補助金担当者の氏名と連絡先** | ・提出資料について問合せをする場合がありますので、必ず申請書類**作成担当者**の氏名、連絡先を記入ください（書類作成代行者は別紙(形式任意)提出） |
| 役職または所属 |  | 氏名 |  |
| 電話番号（会社） |  | 電話番号（携帯） |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **取組を実施する事業場について** | ・対象となる事業場を**全て**記入ください（建設現場、警備場所は事業場にはなりません） |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |

※枠内に入らない事業場については別紙にて記載いただき提出ください

Ⓒ

様式１（別紙）⑤

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪行動災害防止のためのスポーツ・運動指導コース②≫**

|  |  |
| --- | --- |
| **対策等の具体的内容** | ・該当する取り組みの□に✔または〇を入れてください |
| **労働者の転倒や腰痛の行動災害を防止するための取り組み** |
|  | r転倒防止のための身体機能のチェック及び運動指導の実施 |
|  | s腰痛予防のための身体機能のチェック及び運動指導の実施 |

◆行動災害防止のためのスポーツ・運動指導コース 注意事項◆

・転倒防止、腰痛予防対策以外の運動指導等は補助対象外です

・実技指導があるものに限ります

・物品の購入はできません

・取組日程が、交付決定通知書が届く前や当事務センターの支払請求資料提出期限（令和７年１月３１日）を過ぎるものは補助対象外です

・年間契約料は対象外です

|  |  |
| --- | --- |
| 取組日程 |  |
| 担当講師(専門家等)所属名、講師名 | （所属名）（講師名） |
| 担当講師(専門家等)役職(〇をつけてください) | 医師 | 理学療法士 | 作業療法士 |
| 健康運動指導士 | 転倒予防指導士 | 柔道整復師 |
| アスレティックトレーナー | 労働安全・衛生コンサルタント |
| その他： |

|  |
| --- |
| **◆提出資料◆**１．運動指導の実施プログラム（スケジュール、実技指導内容等）※専門家が作成したプログラムであることがわかる資料２．担当講師の職種・経歴がわかるもの |

■他提出資料については、５ページ「スポーツ・運動指導コース　提出資料一覧表」をご確認ください

|  |
| --- |
| **エイジフレンドリー補助金交付実績**※過去不採択となった対策や取組、今回初めて申請をする場合は、交付実績の記入は不要です |
| 実施年度 | 実施対策や取組の内容 | 実績金額 |
| 令和２年度 |  | 円 |
| 令和３年度 |  | 円 |
| 令和４年度 |  | 円 |
| 令和５年度 |  | 円 |

Ⓒ

様式１（別紙）⑥

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪行動災害防止のためのスポーツ・運動指導コース③≫**

|  |
| --- |
| **転倒や腰痛による行動災害を防止するための取組（書ききれない場合は別紙可）** |
| ●企業・法人の事業概要、対象事業場の業務内容(現状) |
| （企業・法人の事業概要） |
| （対象事業場の業務内容(現状)） |
| ●取組の実施方法、期待する行動災害防止効果 |
| （実施方法） |
| （期待する行動災害防止効果） |
| ●その他特記事項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **取組の実施に要する期間****（見込み）※** | (開始日)令和６年　　月　　日 ～ (終了日)令和　年　　月　　日 |

※取組の実施に要する期間は、申請月の翌々月１日以降～取組完了日を記入すること

なお、申請前、支払請求資料提出期限（令和７年１月３１日）以降の日にちは記入不可

（例えば、７月１０日に申請した場合、開始日は９月１日以降の日付を記入。終了日は令和７年１月３１日

までのおおよその日程を記入ください）

Ⓓ

様式１（別紙）⑦

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪コラボヘルスコース①≫**

|  |
| --- |
| **企業・法人全体の要件確認** |
| 企業・法人名称 |  | 設立年月日 |  |
| 主たる業種コード |  | ・２４ページ目「業種コード表」を参照の上、メインとなる業種コードを１つだけ記入ください |
| 資本金又は出資の総額 | 円 | ・資本金又は出資が無い場合は０と記入ください |
| 企業・法人全体の労働者数 | 人 | ・常態として使用する、労災加入労働者数を記入ください(パート、アルバイト含む。なお、常勤職員の人数ではありません）・役員、派遣労働者等は含まないでください |
| 労働保険加入状況の確認 | ※**労働保険申告書と労働保険領収書を提出ください**。必要資料に関しては６ページ目「コラボヘルスコース提出資料一覧表」をご確認ください |

|  |  |
| --- | --- |
| **補助金担当者の氏名と連絡先** | ・提出資料について問合せをする場合がありますので、必ず申請書類**作成担当者**の氏名、連絡先を記入ください（書類作成代行者は別紙(形式任意)提出） |
| 役職または所属 |  | 氏名 |  |
| 電話番号（会社） |  | 電話番号（携帯） |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **取組を実施する事業場について** | ・対象となる事業場を**全て**記入ください（建設現場、警備場所は事業場にはなりません） |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |
| (事業場名) | (設立年月日) |
| (住所) |
| 事業場の労働者数（役員、派遣労働者除く） | 人 |  |

※枠内に入らない事業場については別紙にて記載いただき提出ください

Ⓓ

様式１（別紙）⑧

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪コラボヘルスコース②≫**

|  |  |
| --- | --- |
| **対策等の具体的内容** | ・該当する対策の□に✔または〇を入れてください |
| **コラボヘルス等の労働者の健康保持増進のための取組** |
|  | t健康診断の結果を踏まえた禁煙指導、メンタルヘルス対策、ハラスメント対策等の健康教育等（オンライン開催、eラーニングなども含む）（注）産業医、保健師、精神保健福祉士、公認心理士、労働衛生コンサルタント等による実施であること |
|  | u事業所カルテ・健康スコアリングレポート等(※)の活用によるコラボヘルスを実施するための、健康診断結果等を電磁的に保存及び管理を行うシステムの導入(※)保険者が提供する全体平均や業態平均とデータを比較することによって、自社の労働者の健康状態等を把握するための資料です。保険者によって名称は異なります |
|  | v栄養・保健指導の実施など、労働者への健康保持増進措置（健康診断、歯科検診、体力チェックの費用は除く） |

※コラボヘルスコースは、システム導入を除く物品購入はできません

|  |
| --- |
| **エイジフレンドリー補助金交付実績**※過去不採択となった対策や取組、今回初めて申請をする場合は、交付実績の記入は不要です |
| 実施年度 | 実施対策や取組の内容 | 実績金額 |
| 令和２年度 |  | 円 |
| 令和３年度 |  | 円 |
| 令和４年度 |  | 円 |
| 令和５年度 |  | 円 |

Ⓓ

様式１（別紙）⑨

**間接補助金の対象となる安全衛生対策等実施計画書**

**≪コラボヘルスコース③≫**

|  |
| --- |
| **実施する労働者の健康保持増進のための取組（書ききれない場合は別紙可）** |
| ●企業・法人の事業概要と対象事業場の業務内容 |
|  |
| ●労働者の健康保持増進のための課題　※保険者が発行する事業所カルテ等から確認していること |
|  |
| ●労働者の健康保持増進のために行う取組 |
|  |
| ●その他特記事項　※事業所カルテ等の入手ができない場合は理由を記入ください |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **取組の実施に要する期間****（見込み）※** | (開始日)令和６年　　月　　日 ～ (終了日)令和　年　　月　　日 |

※取組の実施に要する期間は、申請月の翌々月１日以降～取組完了日を記入すること

なお、申請前、支払請求資料提出期限（令和７年１月３１日）以降の日にちは記入不可

（例えば、７月１０日に申請した場合、開始日は９月１日以降の日付を記入。終了日は令和７年１月３１日

までのおおよその日程を記入ください）

Ⓔ

 **コラボヘルスコース　計画書**

（禁煙指導、健康教育、栄養・保健指導用）

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・法人名称 |  |
| 取組日程 |  |
| 担当講師所属名、講師名 |  |
| 担当講師職種（選択してください） | 産業医・保健師・精神保健福祉士・公認心理士・栄養士・労働衛生コンサルタント・その他（　　　　　　　　　） |

**◆コラボヘスルコース 注意事項◆**

・取組日程が、交付決定通知書が届く前や当事務センターの支払請求資料提出期限（令和７年１月３１日）を過ぎるものは補助対象外です

・コラボヘルスコースではシステム導入を除く物品購入はできません

・年間契約料は対象外です

|  |
| --- |
| **◆提出資料◆**１．取組内容が詳しくわかるもの（スケジュール、教育内容等）２．担当講師の職種・経歴がわかるもの３．事業所カルテ、健康スコアリングレポート等の写し（企業・法人名の記載があるもの）※入手できない場合は、様式１（別紙）⑨の「その他特記事項欄」に理由を記載の上、以下資料のいずれかを提出ください◎健診結果を保険者に提供することについての、健診機関への同意書・契約書◎協会けんぽや健康保険組合が実施する「生活習慣病予防健診」を受診している場合は以下２点を併せて提出・「生活習慣病予防健診対象者一覧」の写し・当該健診を受診していることが確認できる書類（請求書または健診結果の写し）◎健診結果を保険者に提供・提出する旨の同意欄が記載されている健診機関の問診票の写しと、当該健診費用の請求書の写し |

■他提出資料については、６ページ「コラボヘルスコース　提出資料一覧表」を確認ください

Ⓕ

様式１－１

日本労働安全衛生コンサルタント会会長　殿

誓約及び申立書

令和６年度エイジフレンドリー間接補助金の交付の申請に当たって、下記１から３までの各号のいずれにも該当しないことを誓約するとともに、申立てます。この誓約及び申立が虚偽であり、又はこれらに反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

１　暴力団排除に関する誓約

（１）申請者が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ）である又は申請者の役員等（代表者、理事等、その他経営に実質的に関与しているものをいう。以下同じ）が、暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ）である。

（２）役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている。

（３）役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。

（４）役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれと社会的に非難されるべき関係を有している。

２　労働関係法令の違反等に関する申立

（１）過去１年以内に厚生労働省所管法令違反により行政処分をうけている。
ただし、労働基準関係法令（※）違反により労働基準監督機関から使用停止等命令を受けたが、是正措置を行い、「使用停止等命令解除通知書」を受理している場合には、このかぎりではない。

※　労働基準法、労働安全衛生法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律、家内労働法、作業環境測定法、じん肺法、炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法

（２）過去１年以内に厚生労働省所管法令違反により送検され、かつ、この事実を公表されている。

３　この実施計画の内容に対して、他の補助金等を受けている、又は申請している。

以上

令和６年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 企業・法人名称 |  |
| 企業・法人代表の役職と氏名 | （役職）（氏名） |

（※押印不要）

Ⓖ

様式１－２

 **高年齢労働者名簿**

・対象事業場内６０歳以上(申請時における年齢)の高年齢労働者を全て記載ください(役員、派遣労働者は除く)

・その内、実施する対策の対象者は「対策対象者欄」に✔か○を入れてください

|  |  |
| --- | --- |
| **企業・法人名称** |  |
|  | **事業場名** | **職種** | **氏名** | **生年月日** | **年齢** | **対策対象者** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |

※上記の項目を満たす既存の名簿での提出も可能です

（注）個人情報については、本件の取得目的の範囲内で利用し、これらの目的以外で利用することはありません

Ⓗ

様式１－３

 **令和６年度エイジフレンドリー補助金　対象経費内訳書**

※３コース併せて申請の場合はコースごとに用紙を分けて作成してください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ・該当するコースに✔か〇を入れてください |  | 労働災害防止対策コース |  | スポーツ・運動指導コース |  | コラボヘルスコース |

**必ず税抜額(小数点以下切り捨て)を記入してください**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No,** | **実施する対策(商品名、型番等を記入)** | **単価(税抜)****①** | **数量(単位含)****②** | **合計(円・税抜)****①×②の計を記入** | **備考** | **事務センター使用欄** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **総計(税抜)** |  | ※総計は、様式１の間接補助金対象経費と同じ額となります |

Ⓘ

写真添付台紙　※法違反を是正する取組は、すべて補助金の対象外となります

・対策を実施する現場、労働者が実際に現場で働いている様子を写してください

・カラーの鮮明な写真を添付ください（現像写真不可。カラーコピー、プリントアウトしたものを添付）

・写真の状況説明を必ず記載ください（別紙にて提出の場合も必ず状況説明文を付けてください）

※入浴介助の現場については、利用者ではなく介護スタッフ同士で作業の様子がわかる写真でお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| 写真張り付け欄① | 【添付写真説明】 |

|  |  |
| --- | --- |
| 写真張り付け欄② | 【添付写真説明】 |

|  |  |
| --- | --- |
| 写真張り付け欄③ | 【添付写真説明】 |

※屋内作業で「体温を下げるための機能のある服」を申請する事業者は、次頁も必ず提出ください

Ⓘ（別添）

・**屋内作業**での熱中症対策のために「体温を下げるための機能のある服」を申請する事業者のみ提出ください（「体温を下げるための機能のある服」を申請しない、また、屋外作業で「体温を下げるための機能のある服」を申請する場合は提出不要）

１，作業場内温度測定（７日間測定）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 測定日時 | 　/　(　：　) | 　/　(　：　) | 　/　(　：　) | 　/　(　：　) | 　/　(　：　) | 　/　(　：　) | 　/　(　：　) |
| 温度(℃) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ７日間の平均温度 |  |

２，測定の写真（上記測定日時のうちのいずれかの様子を添付してください）

（１）測定場所がわかるように、少し離れた場所から写真を撮ってください

|  |
| --- |
| 写真貼り付け欄 |

（２）実際の測定機器（黒球温度計）による測定状況

|  |
| --- |
| 写真張り付け欄 |

※温度測定が７日間行われてない、写真の添付がされていない場合、審査に支障をきたす場合があります

　参考資料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**業種コード表**

※各コース業種コード欄には当文書内該当コードを転記してください(当文書は提出不要)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **大分類** | **コード** | **中分類【小分類】** | **大分類** | **コード** | **中分類【小分類】** |
| A | 林業・農業 | ０１０ | 農業 | I | 卸売業・小売業 | ５２０ | 飲食料品卸売業 |
| ０２０ | 林業 | ５３０ | 建築材料、鉱物・金属材料等 |
| B | 漁業 | ０３０ | 漁業(除水産養殖業) | ５４０ | 機械器具卸売業 |
| ０４０ | 水産養殖業 | ５５０ | その他の卸売業 |
| C | 鉱業採石 | ０５０ | 鉱業、採石業、砂利採取業 | ５６０ | 各種商品小売業 |
| D | 建設業 | ０６０ | 総合工事業 | ５７０ | 織物・衣服・身の回り品小売業 |
| ０７０ | 職別工事業(除設備工事業) | ５８０ | 飲食料品小売業 |
| ０８０ | 設備工事業 | ５９０ | 機械器具小売業 |
| E | 製造業 | ０９０ | 食品製造業 | ６００ | その他の小売業 |
| １００ | 飲料・たばこ・飼料製造業 | ６１０ | 無店舗小売業 |
| １１０ | 繊維工業 | J | 金融業・保険業 | ６２０ | 銀行業 |
| １２０ | 木材・木製品製造業(除家具) | ６３０ | 協同組合金融業 |
| １３０ | 家具・装備品製造業 | ６４０ | 貸金業、非預金信用機関 |
| １４０ | パルプ・紙・紙加工品製造業 | ６５０ | 金融商品・商品先物取引業 |
| １５０ | 印刷・同関連用 | ６６０ | 補助的金融業等 |
| １６０ | 化学工業 | ６７０ | 保険業(含代理業、保険ｻｰﾋﾞｽ業) |
| １７０ | 石油製品・石炭製品 | K | 不動産業・物品賃貸業 | ６８０ | 不動産取引業 |
| １８０ | プラスチック製品(除別掲) | ６９０ | 不動産賃貸業・管理業 |
| １９０ | ゴム製品(含プラスチック製等) | ７００ | 物品賃貸業 |
| ２００ | なめし革・同製品・毛皮 | L | 学術研究、専門・技術サービス業 | ７１０ | 学術・開発研究機関 |
| ２１０ | 窯業・土石製品 | ７２０ | 専門サービス業(他に分類されない) |
| ２２０ | 鉄鋼業 | ７３０ | 広告業 |
| ２３０ | 非鉄金属製造業 | ７４０ | 技術サービス業(他に分類されない) |
| ２４０ | 金属製品製造業 | M | 宿泊業、飲食サービス業 | ７５０ | 宿泊業 |
| ２５０ | はん用機械器具製造業 | ７６０ | 飲食店 |
| ２６０ | 生産用機械器具製造業 | ７７０ | 持ち帰り・配達飲食サービス業 |
| ２７０ | 業務用機械器具製造業 | N | 生活関連サービス業、娯楽業 | ７８０ | 洗濯・理容・美容・浴場業 |
| ２８０ | 電子部品・デバイス・電子回路 | ７９０ | その他の生活関連サービス業 |
| ２９０ | 電気機械器具製造業 | ８００ | 娯楽業(ゴルフ場等) |
| ３００ | 情報通信機械器具製造業 | O | 教育、学習支援業 | ８１０ | 学校教育 |
| ３１０ | 輸送用機械器具製造業 | ８２０ | その他の教育、学習支援業 |
| ３２０ | その他の製造業 | P | 医療、福祉 | ８３１ | 医療業 | 【病院】 |
| F | 電気・ガス・熱供給・水道業 | ３３０ | 電気業 | ８３２ | 【一般診療所】 |
| ３４０ | ガス業 | ８３３ | 【歯科診療所】 |
| ３５０ | 熱供給業 | ８３５ | 【療術業】 |
| ３６０ | 水道業 | ８４２ | 保健衛生 | 【健康相談施設】 |
| G | 情報通信業 | ３７０ | 通信業 | ８４９ | 【その他の保険衛生】 |
| ３８０ | 放送業 | ８５１ | 福祉介護事業 | 【社会保険事業団体】 |
| ３９０ | 情報サービス業 | ８５４ | 【老人福祉・介護事業】 |
| ４００ | インターネット附随サービス業 | ８５５ | 【障害者福祉事業】 |
| ４１０ | 映像・音声・文字情報制作業 | ８５９ | 【その他の福祉・介護事業】 |
| H | 運輸業、郵便業 | ４２０ | 鉄道業 | Q | 複合サービス事業 | ８６０ | 郵便局 |
| ４３０ | 道路旅客運送業 | ８７０ | 協同組合(他に分類されないもの) |
| ４４０ | 道路貨物運送業 | R | サービス業(他に分類されないもの) | ８８０ | 廃棄物処理業 |
| ４５０ | 水運業 | ８９０ | 自動車整備業 |
| ４６０ | 航空運輸業 | ９００ | 機械等修理業 |
| ４７０ | 倉庫業 | ９１０ | 職業紹介・労働者派遣業 |
| ４８０ | 運輸に付随するサービス業 | ９２０ | その他の事業サービス業(含警備業) |
| ４９０ | 郵便業(含信書便事業) | ９３０ | 政治・経済・文化団体 |
| I | 卸売業・小売業 | ５００ | 各種商品卸売業 | ９４０ | 宗教 |
| ５１０ | 繊維・衣服等卸売業 | ９５０ | その他のサービス業 |

　申請書類提出後のスケジュール

**※　補助金の支払はまだ行われません　※**

１．以下スケジュールに則り申請内容の審査を行います(個別に審査、結果連絡を早めることはありません)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請受付期間(当日消印有効)** | **審査期間** | **結果連絡** |
| ５月７日～５月３１日 | ６月 | ６月３０日～７月上旬 |
| ６月１日～６月３０日 | ７月 | ７月３１日～８月上旬 |
| ７月１日～７月３１日 | ８月 | ８月３０日～９月上旬 |
| ８月１日～８月３１日 | ９月 | ９月３０日～１０月上旬 |
| ９月１日～９月３０日 | １０月 | １０月３１日～１１月上旬 |
| １０月１日～１０月３１日 | １１月 | １１月２９日～１２月上旬 |

２．審査後、**交付決定となった企業・法人**には当事務センターから申請者(企業・法人の代表者)宛に「交付決定通知書」を郵送します

３．「交付決定通知書」に同封されている「送付状」「支払に関する提出資料一覧表」を確認の上、速やかに発注・購入・施工を行い「支払請求資料」を作成し、全ての資料を「支払担当」宛に郵送ください

４．当事務センターで「支払請求資料」を確認したのち、補助金の支払が行われます

※「支払請求資料」の提出期限は令和７年１月３１日（当日消印有効）ですが、支払請求資料の提出が遅くなれば補助金の支払も遅れますので、早めのお手続きをお願いいたします

◆　**不採択となった企業・法人**にはメールでの連絡となります。なお、申請期間中(１０月を除く)であれば不採択となった対策とは異なる対策での申請が可能です

**◆　結果連絡開始日から２週間経っても交付決定または不採択の連絡が確認できない場合は、早急に申請担当まで電話確認をしてください**

**交付申請から補助金の支払までは時間がかかります。十分に時間の余裕をもって申請ください**

|  |
| --- |
| **【申請書類提出先】****〒１０５－００１４　東京都港区芝１－４－１０　トイヤビル５階****エイジフレンドリー補助金事務センター「申請担当」** |
| **申請に関するお問合せは電話にてお願いします**【電話番号】０３(６３８１)７５０７受付時間　10:00-12:00/13:00-16:00（土日祝休、12:00-13:00間は電話に出ることができません）（8月13日～8月16日(夏季休暇)、12月30日～1月3日(年末年始)を除く） |
| **メールアドレス(追加資料送付専用)：**af-hojyojimucenter@jashcon.or.jp※メールでのお問合せは回答できかねます。また、メールでの申請書類の提出はできません |