

令和〇年〇月〇日

横浜市長

〒231-0005

所在地 横浜市中区本町 6 丁目 50 番地の 10

名 称 株式会社 ○○○○

代表者職氏名 代表取締役 横浜 太郎

横浜市がん対策推進企業助成金交付申請書

横浜市がん対策推進企業助成金の交付について、次のとおり申請します。なお、助成金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成 17 年 11 月 30 日横浜市規則第 139 号）及び横浜市がん対策推進企業助成金交付要綱を遵守します。

1 実施事業及び交付申請額

100,000 円

申請	事業名	交付金額	添付書類
○	就業規則改正コース	50,000 円	・役員等氏名一覧表 （第 1 号様式別表 1） ・就業規則改正計画書 （第 1 号様式別表 2） ・（法人番号がない場合）会社概要が 分かる資料
○	職域がん検診受診推進コース	50,000 円	・職域がん検診受診推進計画書（第 1 号様式別表 3）

※職域がん検診受診推進コースを申請する場合は、就業規則改正コースと同時に申請してください。
職域がん検診受診推進コースは、就業規則改正コースの受給が決定した場合に受理されます。
ただし、申請年度以前に就業規則改正コースの交付決定を受けた対象者については、当該交付決定の
翌年度から 5 年間の間に、職域がん検診受診推進コースを単独で申請することが可能です。

2 申請者

(1) 概要

法人番号	1234567891234
名称	株式会社 ○○○○
所在地	横浜市中区本町 6 丁目 50 番地の 10
衛生管理者又は安全衛生 推進者（衛生推進者）	氏名 横浜 花子 在籍事業場 横浜事業場

※法人番号がない場合は企業・団体の概要が分かる資料を添付してください。（従業員の氏名等の
個人情報不要です。）

※衛生管理者免許証の写し又は安全衛生推進者（衛生推進者）を選任していることが分かる書類等
の写しを添付してください。複数の衛生管理者又は安全衛生推進者（衛生推進者）を選任してい
る場合はそのうち 1 名について記載してください。

裏面あり

(2) 本申請に係る連絡先

所属	総務課	担当者名	神奈川 県太郎
電話番号	045-671-2721	メールアドレス	ir-shinsei@city.yokohama.lg.jp

3 同意事項（同意いただけない場合、本助成を受けることはできません）

横浜市のホームページ等で好事例として紹介することについて同意します。