| 健保押印欄 | 常務理事 | | | 担当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# リフレッシュサポート実施計画書（本社用）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 部署名 | ※部全体で実施できない場合は実施する単位となる所属まで記入してください。 | 担当者 | 氏名 | |
| | | | 所属 | |
| | | | TEL（内線） | |
| 実施予定日 | | 参加予定人数<br>※補助金対象者のみの人数を記入してください。 | 被保険者 | 人 |
| 運動の種別 | | | 被扶養者<br>（小学生以上） | 人 |

| | |
|---|---|
| 実施計画の概要 | 社員の健康増進および健康意識の向上ならびに参加者相互の親睦を目的とした体育奨励活動を次のとおり実施する。<br>※運動、競技または試合に要する活動時間は、休憩を含めて連続90分以上を計画してください。 |

| 所要経費予算額 | 摘　要 | 金額 | 補助金補足説明 |
|---|---|---|---|
| | 記入例：昼食@1,000×22人 | ¥22,000 | ※補助金支給対象者<br>体育活動に参加した被保険者および小学生以上の被扶養者（年度1回に限る）<br><br>※補助金の対象<br>賞品、施設利用料、昼食等の費用を支給対象費用として支給するもので、集合場所までの交通費および宿泊費は対象外です。 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 予算合計額 | | |
| | ※補助金対象者のみの予算を記載してください。<br>※会社のレクレーション補助金を優先して使う場合は、その金額を差し引いて記載してください。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 雨天時 | ・決行　・中止　・順延　・代替計画あり | ※いずれかに○をつけてください。<br>※代替計画がある場合は別紙を添付してください。 |
| 総合事務部欄 | 上記のとおり実施しますので、承認願います。<br>年　月　日<br>事業所<br>事業主　印 | |
| 申請者欄 | 年　月　日<br>部署名<br>所属長名　印 | |

| 実施計画書作成時の注意事項 | 受付印 |
|---|---|
| 1　この計画書は、実施予定日の10営業日前までに到着するよう提出してください。<br>到着が実施予定日の10営業日前よりも遅れた場合は、原則受理しません。<br>2　同じ内容で複数回やる場合は、開催日毎に用紙を提出してください。<br>3　具体的運動内容および時間スケジュールが明記された募集チラシ等を添付してください。<br>また、ウォーキング等はコース、距離がわかる地図を添付してください。<br>4　雨天等により事前中止した場合は、原則として費用支出に関わらず不支給 とします。<br>ただし、予め代替計画を承認されていた場合は、代替計画に対して支給します。 | |