

令和4年度フィットテスト測定機器購入補助金交付規程

(目的)

第1条 この規程は、公益社団法人全国労働衛生団体連合会（以下「全衛連」という。）が補助事業者としてフィットテスト測定機器購入補助金の交付事業を執り行うに当たり、交付事務手続き等を定め、その業務の適切かつ確実な実施を図ることを目的とする。

(補助金交付の対象等)

- 第2条 補助金の交付の対象者は、本規程別表の第1欄に掲げる作業環境測定機関又は特殊健康診断実施機関（以下「労働衛生機関」という。）とする。なお、都道府県を別とする労働衛生機関の支部等は独立して補助金交付の対象とする。
- 2 補助金は、本規程別表の第2欄に掲げる経費（以下「補助対象経費」という。）について、同第4欄に定める範囲において交付する。
- 3 補助対象経費について、他の法令及び予算に基づく補助金等の交付を受ける場合には交付の対象としない。

(公募期間)

第3条 補助金の公募期間及び予定額は次のとおりとする。

- ① 第1期公募期間：令和4年8月1日～令和4年9月30日（必着）
予定額：8,000万円
- ② 第2期公募期間：令和4年11月1日～令和4年12月31日（必着）
予定額：2,000万円（第1期公募予定額に残が生じた場合、上積みされる。）

(補助対象経費)

第4条 補助対象となる経費は次の要件を満たすものでなければならない。

- ① 補助金の交付決定通知後に、購入した経費であること。
- ② 本規程別表の第2欄に規定する範囲の経費であること。

(申請)

第5条 補助金の申請は、別添様式1を用いて行うものとする。

- 2 申請は、原則として郵送により行うものとする。

(補助金の交付決定)

第6条 補助金の交付決定に当たっては、全衛連に設置する審査委員会で検討する。審査委員会は、以下の事項を勘案して審査を行う。

- ① 申請者の所在する都道府県の人口あたりの交付件数

- ② 本補助金で購入した測定機器を用いて溶接ヒュームに係るフィットテストを実施する見込みの事業場数
 - ③ 申請者の作業環境測定又は特殊健康診断の実施実績
 - ④ 申請者の有するフィットテストに係る専門性
- 2 審査委員会では、フィットテスト測定機器を全国的に配置するため、第3条の第1期公募期間と第2期公募期間を合わせて、申請者の所在する都道府県枠として各2台分（計94台）、残りを全国枠として交付決定対象の審査を行う。公募期間中に申請者の所在する都道府県枠が埋まらない場合は、全国枠に組み込むこととする。

（交付決定の通知）

- 第7条 全衛連は、それぞれの公募期間終了後おおむね1か月以内に交付決定した補助金額について別添様式2により申請者に通知する。
- 2 全衛連は、交付の決定をしないときは、その旨を別添様式3により通知する。

（実績報告及び補助金請求）

- 第8条 交付決定の通知を受けた申請者は、交付決定通知後、令和5年2月28日までに別添様式4により、購入報告及び補助金請求書を提出しなければならない。
- 2 別添様式4の提出が令和5年3月1日以降になされた場合は、当該申請に係る補助金の支払いを行わないこととする。

（補助金の交付）

- 第9条 全衛連は、申請者から第8条に規定する別添様式4の報告を受けた場合、交付決定額の範囲において、申請者の指定する口座に振り込み、その旨を別添様式5により申請者に通知する。
- 2 実際の購入に要した経費が交付決定額を下回った場合には、当該購入額を基準として本規程別表の第4欄による算定方法により算定する。

（申請の取下げ）

- 第10条 交付決定前に申請者から申請の取下げがあった場合、全衛連は交付申請受付を解除した上で、速やかに関係書類のすべてを申請者に返却する。

（再申請）

- 第11条 第1期公募に応募し、審査の結果、交付決定の対象とならなかった申請者は、第2期の公募期間に再度申請をすることができる。
- 2 前項の再申請に関しては、第1期公募に係る申請内容に変更がない場合、改めて添付書類を提出する必要はなく、別添様式6を用いて行えば足りるものとする。

- 3 第1期公募に応募し、審査の結果、交付決定の対象とならなかった申請者で、第2期公募に再申請しない場合、全衛連は速やかに関係書類のすべてを申請者に返却する。
- 4 第1期公募に応募し、交付決定の対象となった申請者は、第2期公募に申請することはできない。

(電子申請による手続き)

第12条 申請者は第5条で定める申請書(別添様式1)、第8条で定める購入報告及び補助金請求書(別添様式4)、第10条で定める申請の取下げ、第11条で定めるフィットテスト測定機器購入補助金交付再申請書(別添様式6)について、全衛連の指定するメールアドレスに当該書類データを添付する方法により提出することができる。

(補助金交付後の解除等)

- 第13条 全衛連は、申請者が提出した書類に重大な誤りがあると認めるときは、交付決定額の全部又は一部を解除することができる。
- 2 全衛連は、前項の解除を行った場合は、既に当該解除に係る部分に関し補助金が交付されているときは、期限を付して補助金の返還を命ずるものとする。
 - 3 前項の補助金の返還期限は、その命令がなされた日から20日以内とし、期限内に納付がない場合には、未納に係る金額に対して、その未納に係る日数に応じて年利10.95%の割合で計算した延滞金を徴するものとする。

(財産の管理)

- 第14条 取得財産等のうち、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令(昭和30年政令第255号。以下「適正化法施行令」という。)第13条第4号の規定により、厚生労働大臣(以下「大臣」という。)が定める機械及び重要な器具は1件当たりの取得価格又は増加価格が50万円以上のものとする。
- 2 適正化法施行令第14条第1項第2号の規定により、大臣が定める期間は、補助事業の完了の日の属する年度の終了後5年間経過するまでとする。
 - 3 申請者は、前項の規定により定められた期間中において処分を制限された取得財産等を補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、処分し、貸し付け、担保に供し、取り壊し又は廃棄しようとするときは、あらかじめ、別添様式7による承認申請書を大臣に提出し、その承認を受けなければならない。
 - 4 大臣は、申請者が取得財産等を処分したこと等により、相当の収益が生ずると認められる場合には、その収益の全部又は一部を国に納付させることができる。

(秘密の保持)

第 15 条 申請者がこの規程に従って全衛連に提出する各種申請書類及び経理等の証拠書類等については、補助金の交付のための審査等本事業の遂行に関する一切の処理等を行う範囲でのみ使用するものとする。

(本規程の上位判断)

第 16 条 本規程の運用について疑義が生じた場合、厚生労働省が定めるフィットテスト測定機器購入補助金交付要綱、フィットテスト測定機器購入補助金事業実施要領の他、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和 30 年法律第 179 号）、適正化法施行令及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成 12 年厚生省・労働省令第 6 号）の定めるところにより処理する。

(その他)

第 17 条 本規程は令和 4 年 4 月 26 日より適用する。

附 則

本改正規程は、令和 4 年 6 月 6 日より適用する。

別表

| 1 補助金の対象となる対象者及びフィットテスト測定機器 | 2 補助対象経費 | 3 基準額 | 4 交付額の算定方法 |
|--|--|------------------------|---|
| <p>○対象者：以下のいずれの要件も満たす機関</p> <p>(1) 3年以上業務を行っている次のいずれかの機関</p> <p>① 作業環境測定機関</p> <p>② 特殊健康診断実施機関</p> <p>(各機関について特定の関係企業・協力グループ会社等のみを対象として実施している機関を除く。)</p> <p>(2) 金属アーク溶接等作業を行う事業者からの求めに応じてフィットテスト測定を行う予定があること</p> <p>(3) フィットテスト実施に関する基本教育修了者が1名以上いること</p> <p>○フィットテスト測定機器：国内で販売されている定量的フィットテスト測定機器</p> | <p>フィットテスト測定機器本体（本体に標準装備されている付属品を含む）の購入に要する経費（消費税は除く）。</p> <p>なお、別売品、チューブ、マスクアダプター、消耗品及び保証サービス、校正等は対象外とする。</p> | <p>1台あたり100万円（税抜き）</p> | <p>第2欄に掲げる補助対象経費と第3欄に掲げる基準額とを比較して少ない方の額の2分の1を交付額とする。</p> <p>なお、申請できる台数は1事業場当たり1台を上限とする。</p> |

様式 1

令和 年 月 日

フィットテスト測定機器購入補助金交付申請書

申請事業場名

代表者職氏名

(押印不要)

下記資料を添付のうえ、フィットテスト測定機器購入補助金を申請します。

記

- 1 事業場概要 (別紙 1)
- 2 令和 5 年度フィットテスト事業実施計画 (別紙 2)
- 3 確認書 (別紙 3)

* 都道府県を別とする事業場単位で申請できます。

* フィットテスト測定機器購入補助金交付申請書に記載された個人情報は、補助金交付のための業務のみに使用いたします。 をお願いします。

同意します 同意しません

事業場概要

1 事業場の名称等

| | |
|------------------|--|
| 事業場の名称 ※1 | |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者の職名・氏名 | |
| 担当者の職名・氏名 連絡先 | 職名・氏名 _____ TEL _____ e-mail _____ |

※1 申請は事業場単位でできます。支店、営業所名まで記入してください。

2 事業場概要

| | | | |
|----------------------|--|-------------------|----------|
| 事業の種類 ※2 | <input type="checkbox"/> 作業環境測定機関 <input type="checkbox"/> 特殊健診実施機関 | | |
| 事業場規模（職員数） | 名（申請事業場単位で記入してください） | | |
| 事業開始時期 | 西暦 年 月 | | |
| 事業の実績 ※3 | <input type="checkbox"/> 令和元年度～3年度決算書添付 | | |
| 作業環境測定事業 実施エリア ※4 | | | |
| 作業環境測定実施事業場数 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 |
| | _____事業場 | _____事業場 | _____事業場 |
| 特殊健康診断事業 実施エリア ※4 | | | |
| 特殊健康診断実施事業場数 | 令和元年度 | 令和2年度 | 令和3年度 |
| | _____事業場 | _____事業場 | _____事業場 |
| 溶接ヒュームに係る事業 | 令和3年度 | 令和4年度 (上期予約状況) | |
| 溶接ヒュームに係る個人ばく露測定の状況 | _____事業場 | _____事業場 | |
| 溶接ヒュームに係る特殊健康診断の状況 | _____事業場 | _____事業場 | |

※2 作業環境測定機関登録証（写）、診療所開設届（写）を添付願います。作業環境測定、

特殊健康診断のいずれも実施する労働衛生機関にあつては、いずれにも☑を入れ、それぞれの写しを添付してください。事業内容を紹介するパンフレット等を作成している場合は添付してください。

※3 支店、営業所の場合、本社の決算書（写）を添付してください。

※4 都道府県内全般にサービスを提供する場合は都道府県名を、一定の区域に限定しサービスを提供している場合は市町村名を記入してください。

3 労働衛生機関としての専門性に関する事項

| | | | | |
|--|---|------------|-----------|-----------|
| <p>1 フィットテスト実施資格 （「フィットテスト実施者に対する教育実施要領」（令和3年4月6日付け厚生労働省通達）に基づく研修受講者に付与）</p> | <p>フィットテスト実施者養成研修修了者 有 <input type="checkbox"/> _____名 修了者 氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____</p> <p>フィットテスト実施者養成研修修了者 無 <input type="checkbox"/> 令和4年度研修受講予定者 _____名 予定者 氏名 _____ 氏名 _____</p> | | | |
| <p>2 専門資格者の状況 ※5</p> | <p>労働衛生コンサルタント（保健衛生） _____ 名 労働衛生コンサルタント（衛生工学） _____ 名 第一種作業環境測定士 _____ 名 産業医の資格を有する者 _____ 名</p> | | | |
| <p>3 総合精度管理事業への参加状況</p> | | | | |
| <p>日本作業環境測定協会 ※6</p> | | | | |
| <p>項目</p> | <table border="1"> <tr> <td>第12回 (H30)</td> <td>第13回 (R1)</td> <td>第14回 (R2)</td> </tr> </table> | 第12回 (H30) | 第13回 (R1) | 第14回 (R2) |
| 第12回 (H30) | 第13回 (R1) | 第14回 (R2) | | |
| <p>デザイン</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |
| <p>サンプリング</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |
| <p>粉じん</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |
| <p>特定化学物質</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |
| <p>金属類</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |
| <p>有機溶剤</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |
| <p>全国労働衛生団体連合会 ※7</p> | | | | |
| <p></p> | <table border="1"> <tr> <td>第32回 (H30)</td> <td>第33回 (R1)</td> <td>第34回 (R2)</td> </tr> </table> | 第32回 (H30) | 第33回 (R1) | 第34回 (R2) |
| 第32回 (H30) | 第33回 (R1) | 第34回 (R2) | | |
| <p>労働衛生検査精度管理調査</p> | <table border="1"> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table> | () | () | () |
| () | () | () | | |

※5 資格者数については常勤の方の人数を記入してください。

※6 参加した項目について外枠に○、() 内には合「○」否「×」の別を記入してください。

※7 労働衛生検査精度管理調査に参加している場合は外枠に○、() 内には評価(A、B、C、D)の別を記入してください。

4 購入予定機器等

| | |
|----------------|---|
| 1 購入予定機器の名称等 | ①名称 _____ ②メーカー _____ (カタログを入手している場合、添付してください。) |
| 2 購入予定額 (税抜価格) | _____ 円 (A) (税抜価格を記入し、見積書を添付してください。) |
| 3 補助申請額 (税抜価格) | (A) × 1/2 = _____ 円 【補助申請額】 (上限 50 万円) |

別紙2

令和5年度フィットテスト事業実施計画

| | |
|---------------|--|
| 1 事業実施エリア ※1 | |
| 2 1日当たり実施予定人数 | _____ 人 |
| 3 年間サービス提供日数 | _____ 日 |
| 4 テスト実施体制 | ① 作業班 最大 _____ 班編成予定 ② 1班当たりの構成人数 _____ 人 |

※1 都道府県内全般にサービスを提供する場合は都道府県名を、一定の区域に限定してサービスを提供している場合は市町村名を記入してください。

確 認 書

申請事業場名

代表者職氏名

(押印不要)

フィットテスト測定機器購入補助金の交付申請に当たり、下記事項に間違いのないことを確認します。

記

- 1 当事業場は、雇用保険、労災保険、社会保険等に参加しており、令和4年度における保険関係が成立しています。
- 2 当事業場は、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受けたことはありません。
- 3 当事業場は、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たことはありません。
- 4 当事業場の代表者、役員等は暴力団員ではなく、暴力団又は暴力団員を利用する、資金等を供給する、便宜を供与する等関与したり、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たりしていません。