

補助金 交付申請書・振込依頼書

※太線の中だけお書きください。

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

年 月 日					
昭島市勤労市民共済会会長 殿					
下記の通り補助金の申請をします。					
事業所名					
代表者	(印)				
住所					
<input type="checkbox"/> 健康診断	人	<input type="checkbox"/> 人間ドック	人	<input type="checkbox"/> 脳ドック	人
振込金融機関			口座名義人		
銀行・信金・農協			フリガナ		
支店					
口座番号	普・当				<input type="checkbox"/> 会費振替口座

- ※補助金は、月末までの申請分を翌月の15日に交付します。
- ※交付申請は、補助事由が発生してから1年以内です。申請期限が過ぎた場合、支給できません。
- ※印鑑は、朱肉を使用するもので押印してください。（シャチハタ印は不可）
- ※裏面の補助金申請者名簿に申請者の名前を記入してください。（多数の場合はコピー）
- ※振込先が事業所の場合は、原則として会費振替口座となります。（会費振替口座にチェック）

下記は事務局記載欄のため 記入しないでください。

	(補助単価)	(利用人数)
健康診断 2,000円×	人 =	
ドック 5,000円×	人 =	

補助金合計

書類確認	担当	局長	会長

受付印