

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					
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

- ※毎月、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。
- ※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）
- ※今回いただいた個人情報には当会の目的以外には使用いたしません。
- ※窓口の受付時間は、月曜日～金曜日（祝日は除く）までの9：00～17：00まで。

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

補助金申請者名簿

No.	会 員 氏 名	会 員 番 号				No.	会 員 氏 名	会 員 番 号			
1						21					
2						22					
3						23					
4						24					
5						25					
6						26					
7						27					
8						28					
9						29					
10						30					
11						31					
12						32					
13						33					
14						34					
15						35					
16						36					
17						37					
18						38					
19						39					
20						40					

補助金申請に必要な添付書類

補助金の種類	年度内申請限度	添 付 書 類
健康診断	1回	医療機関又は主催者発行の領収書及び受診者名簿
ドック(人間・脳)		医療機関発行の領収書