

理事長	事務局長	次 長	合 議	担 当

(第1号様式)

健康維持増進事業助成金申請書

下記のとおり助成金の申請をします。

年 月 日

座間市勤労者サービスセンター理事長 殿

事業所No. 事業所名

会 員No. 会員氏名

印

電話番号

申請事由 (該当する項目に○をして下さい) 人間ドック・生活習慣病・オプション検診・定期検診・インフルエンザ

事由発生日 平成 年 月 日 (受診日・接種日)

助成金額 _____円

※必ず申請の根拠となる書類の写しを添付して下さい。

- 本人申請により窓口で受領する場合に記入する欄

《 領 収 書 》		
金 額	_____円	
上記の _____ 助成金について、確かに領収致しました。		
平成 年 月 日	氏 名	印

- 代理人受領の場合に記入する欄 受領日 平成 年 月 日

《委任欄》		
私は上記助成金の受領を	委任者氏名	印
_____に委任します。	代理人氏名	印

- 指定口座に振込む場合に記入する欄

《振込依頼欄》		
上記助成金について、下記口座に振込みを依頼します。		
金融機関名	_____銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協	
	_____支店	
口座種類	1. 普通 2. 当座	口座番号 _____
フリガナ		
口座名義人	_____	

※申請された個人情報~~はセンター事務以外に使用しません。~~

※インフルエンザ予防接種助成金の口座振込は出来ません。