

助成金交付申請書（会員申請用）

公益財団法人 佐世保市中小企業勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

会 員 番 号

事 業 所 名

会 員 氏 名

印

金融機関		本・支店名		店
		支店番号		
預金種別（○印をつけてください）		右詰で記入してください		
当座 ・ 普通 ・ 貯蓄				
フリガナ				
口座名義				

申請金額合計

円

助成金交付申請金額の内訳

○会員のみが助成対象となる助成金

助 成 項 目	申 請 時 記 入 事 項							添付資料
定期健康診断 及び 人間ドック等 受診料助成	受診年月日	年	月	日	(年度分)			裏面参照
	受診医療機関							
	受診種別 ○印を付けてください ※人間ドックは 満40歳以上 の方が助成の 対象となります		定期健康診断				(助成額 2,000 円)	
			社保利用 日帰り人間ドック				(助成額 7,000 円)	
			国保利用 日帰り人間ドック				(助成額 3,000 円)	
			1泊2日以上の間ドック				(助成額 10,000 円)	
			脳ドック				(助成額 10,000 円)	
			PET検査				(助成額 10,000 円)	
	MRI検査				(助成額 3,000 円)			
医療機関 受診(入院) 助成	入院期間	年	月	日	～	年	月	日
	医療機関名							
	入院日数 ○印を付けて ください		入院	5	日	以上	(助成額 10,000 円)	
			入院	14	日	以上	(助成額 15,000 円)	
			入院	30	日	以上	(助成額 20,000 円)	
			入院	60	日	以上	(助成額 30,000 円)	
			入院	90	日	以上	(助成額 45,000 円)	
			入院	120	日	以上	(助成額 60,000 円)	
生涯学習等助成	受講期間	年	月	日	～	年	月	日
	受講講座名							
	交付申請金額 ○印を付けて ください		20,000円以上				(助成額 3,000 円)	
			10,000円以上20,000円未満				(助成額 2,000 円)	
			10,000円未満				(助成額 1,000 円)	

○会員と登録家族が助成対象となる助成金

助 成 項 目	申 請 時 記 入 事 項						添付資料
宿泊助成 ※業務による宿泊を除く	宿泊期間	年	月	日	～	年 月 日 (年度分)	裏面参照
	申請人数	会 員	(2,000円) ×	名 ×	泊 =	円	
		登録家族	(1,000円) ×	名 ×	泊 =	円	

発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受付印

宿泊助成対象者名簿

(会員本人を含め、登録家族それぞれ個人での支給回数の管理を行っているため、申請の際、必ずご記入ください。)

No.	宿泊助成対象者	続柄	年齢	No.	宿泊助成対象者	続柄	
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

- ・ご夫婦、親子で会員の方は、それぞれに交付申請書を提出してください。
- ・ウェルズサセポニユース掲載の「割引旅行斡旋」を利用された場合、宿泊助成の対象にはなりませんので、ご了承ください。
- ・助成回数は、年度（４月～翌年３月）２回です。

助成金申請について

- ・申請期間は、事由発生日以降、年度（４月１日～翌３月３１日）末までとなっております。
- ※ただし、事由発生日が、３月のものについては、翌年度４月末日までの受付となります。

助成項目事由		金 額		事由を証明する書類 及び 注意事項
会 員	定期健康診断 受診料助成 年度 1 回	2, 0 0 0 円		受診者氏名、受診日、受診料が記載された病院等受診機関が発行する領収書（写し可） （注 1）領収書に受診者氏名がない場合は、健診申込書、個人の結果票等を提出していただく場合があります。 （注 2）生活習慣病予防健診は、定期健康診断扱いとなります。 （注 3）ネットバンキングなどのWEB上での決済方法の場合、請求書、払込を証明できる通知書、受診者氏名がわかる病院等受診機関の発行する書類の提出が必要です。
	人間ドック 受診料助成 年度 1 回 ※40 歳以上	1 日社保利用	7,000 円	受診者氏名、受診日、受診料が記載された病院等受診機関が発行する領収書（写し可） （注 1）領収書に受診者氏名がない場合は、健診申込書、個人の結果票等を提出していただく場合があります。 （注 2）生活習慣病＋付加健診をセットで受診した場合は、1 日社保利用人間ドック扱いとなります。
		1 日国保利用	3,000 円	
		1 泊 2 日以上	10,000 円	
	脳ドック受診料助成 年度 1 回	10,000 円		受診者氏名、受診日、受診料が記載された病院等受診機関が発行する領収書（写し可） （注 1）領収書に脳ドック受診・PET 検査・MRI 検査を受けたことの明確な表記がない場合は、診療明細（写し可）の添付が必要です。 （注 2）人間ドックのオプションに含まれるケースは対象外です。 （注 3）MRI 検査受診料助成は、傷病、怪我等により受診した場合が対象です。
	PET 検査受診料助成 年度 1 回	10,000 円		
	MRI 検査受診料助成 年度 1 回	3,000 円		
	会員本人が入会後 傷病等による 医療機関利用（入院） に対する助成 年度 1 回	5 日以上	10,000 円	入院者氏名、入院した事実（入院日数）、入院費用が記載された病院等受診機関の発行する領収書（写し可） （注 1）申請完了後、年度中の「別の入院の申請内容」に変更することはできません。 （注 2）転院した際、入院期間が連続している場合は入院日数に通算されます。 （注 3）出生は入院申請対象外です。 （注 4）年度をまたぐ入院の場合、退院日が属する年度が申請の該当年度となります。
		14 日以上	15,000 円	
		30 日以上	20,000 円	
60 日以上		30,000 円		
90 日以上		45,000 円		
120 日以上		60,000 円		
生涯学習等助成 年度 1 回	受講金額 20,000 円以上 3,000 円 20,000 円未満 2,000 円 10,000 円未満 1,000 円		受講者名、受講した講座名、受講日、受講金額を証明する受講期間が発行する領収書（写し可） （注 1）仕事に関する資格等の受講は対象外です。 （注 2）趣味の一環として受けた講座が対象です。 （例：ボールペン習字、パンづくり教室 など）	
会 員 と 家 族	宿泊助成 年度 2 泊分	会員	2, 0 0 0 円	宿泊した事実が確認できる書類として、領収書及び請求明細書（写し可） ※宿泊者氏名、宿泊人数、一人一人の領収金額がわかる書類が必要（家族の氏名も含む） （注 1）対象は業務外（出張費用が出ない）旅行です。 （注 2）領収書は、国・県・市の助成金を除き、最終的に支払った金額を記載したものです （注 3）領収書（支払った額）以上の助成金額の申請受付はできません。 （注 4）一人当たりの支払額が、規程の助成金額より下回った場合は、実際に支払った金額まで。 （注 5）宿泊券や株主優待券、各種ポイントなど、「現金」と同等の効力があるものは、実際に支払った金額として算定します。 （注 6）1 室料金となっている場合は、必ず宿泊人数がわかる請求明細書の提出が必要です。 （注 7）未就学児は原則申請対象外。但し、費用がかかっている証明書があれば申請可です。 （注 8）宿泊費の助成のため、I R 券、航空券のみの領収書は不可です。
		家族	1, 0 0 0 円	