

## 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	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合	本・支店名 店
預金種別 (〇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		添付書類	
<b>定期健康診断 及び 人間ドック等 受診料助成</b>	受診年月日	年 月 日	受診した事実を証明する書類として次のいずれか一つ (写し可)  ●病院等受診機関の発行する領収書 ●請求書	
	受診医療機関			
	受診種別 <small>〇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</small>	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)			
<b>医療機関 受診(入院)助成</b>	入院期間	年 月 日～ 年 月 日	受診医療機関が発行した領収書 (写し可)	
	医療機関名			
	入院日数 <small>〇印を付けてください</small>	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)			
<b>受講料助成</b>	受講期間	年 月 日～ 年 月 日	受講修了書 領収書 (写し可)	
	受講講座名			
	交付申請金額 <small>〇印を付けてください</small>	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		添付書類
<b>旅行助成</b> <small>※宿泊費に対する助成です</small>	旅行期間	年 月 日～ 年 月 日	旅行会社又はホテル等が発行した領収書 (写し可)
	申請人数	会 員 (2,000円) × 名 = _____ 円 登録家族 (1,000円) × 名 = _____ 円	

※裏面の旅行助成対象者名簿を必ず記入してください。(会員のみの申請時の時も記入してください)


発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受 付 印