

各種届出書類・申請書類一式

添付資料一覧 ※申請書類はコピーしてお使いください。

ページ	項目・内容
1	オンライン配信サービスについて
2	入会金・会費の納入について
3	〃
4	追加入会、退会、変更、異動の手続きについて
5	追加入会申込書
6	入会申込書 兼 会員カード（記入例つき）※不足した場合、事務局までご連絡ください
7	退会届
8	会員証紛失届 兼 会員証再交付申請書
9	変更届
10	関連事業所間異動届
11	給付金一覧表・助成金一覧表
12	給付金・助成金の申請手順
13	よくあるご質問
14	〃
15	給付金請求書兼証明書
16	給付金請求について
17	助成金交付申請書（事業所申請用）
18	助成金申請について
19	助成金交付申請書（会員申請用 表面）
20	助成金交付申請書（会員申請用 裏面）
21	インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（事業所申請用）
22	インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（会員申請用）
23	会員名簿
24	各種控え

※各種申請書は、ウェルズサセボのホームページでダウンロードできます。

◆ご不明な点がございましたら、お気軽にウェルズサセボ事務局までお問い合わせください。

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

〒857-0851 佐世保市稲荷町2番28号

TEL 0956-27-8101 FAX 0956-32-9761

事務取扱時間：午前8時30分～午後5時15分 公休日：土、日、祝日・12/29～1/3

オンライン配信サービス

事業所が申請される給付金に加え、助成金や届け出並びに事務局からの通知、情報提供等についても、令和3年4月1日から下記のとおり見直しましたのでご活用願います。また、最新情報をリアルタイムにお届けすることが可能となりますので、未だ登録されていない事業所においては、ご登録を是非願います。

登録で以下の機能がご利用になれます

1. 事業所がおこなう手続きについて





- (継続) 給付事業 (結婚祝金、出生祝金、入学祝金、永年勤続祝金、死亡弔慰金)
- (追加) 助成事業 (健康診断受診料助成、インフルエンザ予防接種費用助成など)
- (追加) 変更届 ※但し、振込金融機関名、口座番号を変える場合を除く。
- (追加) 退会届 ※但し、会員証が無い場合で紛失届を同時に提出する場合。

2. 当サービスセンターがおこなう手続きについて

- (継続) 会費請求書の配信 ※郵送を希望する事業所を除く
- (継続) メルマガ機能による情報提供
- (追加) 給付金決定通知書の配信 ※郵送を希望する事業所を除く
- (追加) 助成金決定通知書の配信 ※郵送を希望する事業所を除く
- (追加) 次年度給付該当者一覧表及び申請書の配信 ※3月下旬発送予定

ご不明な点は事務局までお気軽にお問い合わせください ☎0956-27-8101

★メールでの申請手順(事業所のみ対象)★

1 管理画面にログイン ログインID パスワード必須! 	2 申請ボタンをクリック (メールソフトを起動) 専用メールアドレス 宛におくります 	3 申請書・証明書類を 添付 データを添付! ●PDFスキャン ●撮影した写真 	4 メール送信 手続き簡単! 
---	---	--	---

登録は簡単! 以下の情報を記入してメールするだけ!

- ・登録する事業所メールアドレス
- ・事業所番号
- ・事業所名
- ・連絡担当者名
- ・連絡先



※登録申込書をFAXでも可

詳しくは、公式ホームページをご確認ください。
~このサービスは事業所担当者を対象としております~

1. 入会金・会費の納入について

(1) 入会金・会費の金額

入会金 1,000円 (入会時のみ、会員1人あたり)

会費 800円 (月額、会員1人あたり)

※事業所が負担された、入会金・会費は、法人税法上の損金、所得税法上の必要経費として処理できます

※入会金・会費のご負担は、事務所または職員親睦会で全額もしくは、事務所と従業員または職員親睦会等での相互負担も可能です。

※会員の資格は、入会手続きを完了した翌月の1日から発生します。

(2) 入会（加入）時における入会金・会費の初回納入について

- ・入会金、会費の初回納付は、お振込にてお願いいたします。
- ・入会月による会員1人あたりの初回納付の金額は、下表のようになります。
(入会月によって金額が、異なりますのでご注意ください。)

入会月	入会金	会費	納付金額	備考
4	1,000円	2,400円	3,400円	4・5・6月分
5	1,000円	1,600円	2,600円	5・6月分
6	1,000円	800円	1,800円	6月分
7	1,000円	2,400円	3,400円	7・8・9月分
8	1,000円	1,600円	2,600円	8・9月分
9	1,000円	800円	1,800円	9月分
10	1,000円	2,400円	3,400円	10・11・12月分
11	1,000円	1,600円	2,600円	11・12月分
12	1,000円	800円	1,800円	12月分
1	1,000円	2,400円	3,400円	1・2・3月分
2	1,000円	1,600円	2,600円	2・3月分
3	1,000円	800円	1,800円	3月分

(3) 2回目以降の会費納入について

- ・届出のあった事業所の口座から自動引落しによって、納入していただきます。
- ・会費は、1年を4期に分けて、それぞれの期ごとに3ヶ月分の会費を納入していただきます。
- ・納入期ごとの会費納入月分・口座引落日および会費請求基準日は、下表のとおりとします。

納入期	請求基準日	納入月日	口座引落日
第1期	4月1日	4・5・6月分	4月20日
第2期	7月1日	7・8・9月分	7月20日
第3期	10月1日	10・11・12月分	10月20日
第4期	1月1日	1・2・3月分	1月20日

注……口座引落日が、金融機関の休業日にあたる場合には、金融機関の翌営業日が口座引落日になります。

- ・会費の納入金額は、800円×3ヶ月分×(請求基準日における会員数)となります。
- ・前期口座振替の領収書および今期振替分の会費請求書は、口座引落月に各事業所宛に送付します。なお、オンライン配信サービスにご登録の事業所にはメールにてお知らせします。ログイン後、ダウンロードをお願いします。(WEBでの保存期間は1年間)

■引落口座に指定できる提携金融機関

- 十八親和銀行
- 九州ひぜん信用金庫
- 九州労働金庫

(4) 会費の未納分について

- ・会費の口座引落ができなかった場合には、事業所宛に再度請求書を送付しますので、早急にお振込み頂きますようお願い致します。
(※振込手数料は事業所様ご負担でお願いします)
 - ・会費が未納になりますと給付等の受給資格が失効する場合がありますので注意してください。
- ※オンライン配信サービスにご登録の事業所にはメールにてお知らせします。

【会員の追加】

すでに、入会している事業所で、新規採用・異動等で追加入会がある場合に届け出てください。

届出用紙

- ・追加入会申込書・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 5
- ・入会申込書兼会員カード(2枚複写)・・・ P. 6

【会員の退会】

会員が退職等の理由で退会するときは、翌月10日までに、退会届と会員証を提出してください。

※10日を過ぎますと、会費を返却できない場合があります。

※月末に退職の予定者がある場合、事前に25日までに提出してください。(FAXでの仮受付可)

※会員の退職日を退会日とさせていただきます。

※会員が退会された場合は、翌月以降の会費は次回納期振替日に相殺します。

※退職等された日より資格が無くなります。

届出用紙

- ・退会届・・・ P. 7
 - ・会員証（会員証を紛失された場合、会員証紛失届を提出してください。・・・ P. 8）
※会費の前納分があった場合、還付いたします。
- ◎オンライン配信サービスにご登録の事業所は、メールで申請手続きができます。
但し、会員証が無い場合で紛失届を同時に提出する場合に限る。

【届出事項の変更】

次の事柄に変更があった場合、届け出てください。

1. 事業所名・所在地・電話番号・FAX番号・メールアドレス
2. 代表者名・事務担当者名
3. 振替金融機関名・口座番号・口座名義人
4. 会員の氏名・住所・同居の家族（氏名、生年月日、性別、続柄）
5. その他

届出用紙

- ・変更届・・・ P. 9
- ※1. の事業所名 2. の代表者名、の変更の場合で、口座名義の変更がある場合と、3. の変更の場合は、「預金口座振替依頼書」が必要です。(事務局へご請求ください。)
- ※4. の会員の氏名変更の場合は、新しい会員証を発行（無料）しますので、変更前の会員証を変更届に添えてご提出ください。また、同居家族追加の場合、生年月日・続柄まで記載してください。
- ◎オンライン配信サービスにご登録の事業所は、メールで申請手続きができます。
但し、振込金融機関名、口座番号を変える場合を除く。

【会員の異動】

関連事業所の登録のある事業所間で、会員の異動があるときは、届け出てください。

届出用紙

- ・関連事業所間異動届・・・ P. 10
 - ・会員証（会員証を紛失された場合、会員証紛失届を提出してください。・・・ P. 8）
- ※関連事業所間異動届は、旧事業所、異動先事業所どちらからのご提出でも構いません。
新会員証は、異動先事業所に送付させていただきます。
- ◎オンライン配信サービスにご登録の事業所は、メールで申請手続きができます。
但し、会員証が無い場合で紛失届を同時に提出する場合に限る。

年 月 日

追加入会申込書

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

事業所番号

事業所名

代表者名

印

年 月 1 日付けで下記の者の追加入会を申し込みます。

記

追加入会者氏名			追加入会者氏名	
1		6		
2		7		
3		8		
4		9		
5		10		

事務局長	次 長			発 議

発議日	年 月 日
-----	-------

どちらかあてはまる方に○印をしてください。

記入例

会員番号

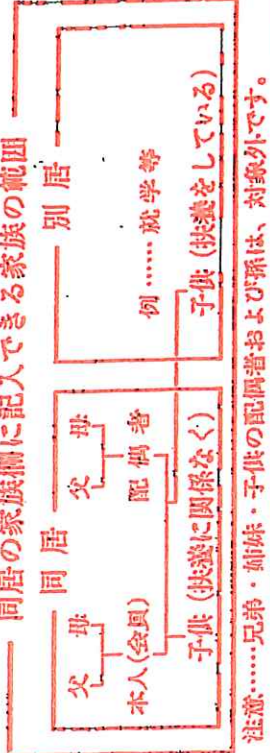
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
入会申込書 兼 会員カード

新規 参加

(事業所保管用)

フリガナ	氏名	住所	生年月日	入社年月日	就業主	正従業員	パル従業員	就業日
フクシチ	福祉社 一郎	〒857-XXXX (XXXX)XXXX 2枚目にも押印してください。 佐世保市八幡町△番△号	○年○月○日	○年○月○日	事業主			○年○月○日
氏名	続柄	生年月日	同居の家族欄に記入できる家族の範囲					
福祉社 咲子	妻	○年○月○日	同居	配偶者	別居			
福祉社 春子	長女	○年○月○日	同居	配偶者	別居			
福祉社 秋男	長男	○年○月○日	同居	配偶者	別居			
福祉社 ナツ	母	○年○月○日	同居	配偶者	別居			
		○年○月○日	同居	配偶者	別居			
		○年○月○日	同居	配偶者	別居			
		○年○月○日	同居	配偶者	別居			
		○年○月○日	同居	配偶者	別居			
		○年○月○日	同居	配偶者	別居			
		○年○月○日	同居	配偶者	別居			



(注) ●太線の申のみ記入し、押印してください。

記入しないでください。

□退 会 届

年 月 日

(公財)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

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

印

下記のとおり 年 月 日をもって(1一部・2全部)退会いたしますので、
 会員証を添えてお届けします。(退会の方のみご記入ください)

記

会員番号	氏名	退会理由	会員証の有無	備考
-			有・無	
-			有・無	
-			有・無	
-			有・無	
-			有・無	

(退会理由) 1. 定年退職 2. 自己都合退職 3. 死亡 4. 任意退会 5. 人事異動 6. 倒産
 7. 廃業 8. 福利厚生コスト削減 9. 使えるサービスがない 10. 事業主の死亡

- 注) 1. 退職等の理由で退会するときは、翌月10日までに、退会届と会員証を提出してください。
 2. 月末に退職の予定者がある場合、事前に25日までに提出してください。(FAXでの仮受付可)
 3. 会員証が無い場合は、会員証紛失届を同時に提出してください。
 4. 全員退会の場合、上記の記載は必要ありません。但し、退会理由については○印をつけてください。

事務局長	次 長			担 当

受付印

※再交付手数料は200円です。

会員証紛失届出 兼 会員証再交付申請書

年 月 日

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

フリガナ
会員氏名

印

会員証を紛失したのでお届けします。

なお、会員証を（破損・紛失）したので、手数料を添えて再交付を申請します。

記

汚 損 会 員 証

添 付 欄

受付年月日	年 月 日
再交付年月日	年 月 日

受付印

□変 更 届

年 月 日

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

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

印

下記の事項に変更がありましたのでお届けします。（変更部分のみご記入ください。）

記

↩ 変更がある内容に○印をご記入ください。

変更事項	変更点	項目	変更内容					
(1) 事業所の 登録情報		事業所名						
		所在地	〒 新住所					
		電話・FAX番号						
		メールアドレス						
		代表者名						
		事務担当者名						
		振替金融機関名	預金口座振替依頼書（複写式）が必要です。					
		支店名	用紙が必要な際は事務局までご連絡ください。(TEL 0956-27-8101)					
		口座番号						
	口座名義人							
(2) 会員の 登録情報		会員の氏名	会員番号					
		氏名の変更	新氏名					
		住所	〒 新住所					
		同居家族の変更	追 加	削 除				
			氏名	続柄	性別	生年月日	氏名	続柄

注) (2) の場合：結婚、出生、死亡の変更を除く。

事務局長	次 長			担 当

受付印

年 月 日

関 連 事 業 所 間 異 動 届

(公財)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

事業所番号 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

年 月 日付（旧事業所最終勤務日）で下記の者の異動を申し込みます。

記

会員番号（旧）	氏 名	会員証 添付	異動先関連事業所名	新会員番号
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—

※会員証が無い場合は、会員証紛失届を同時に提出してください。

↑

太枠内は、記入しないで下さい。

事務局長	次 長			発 議

発議日	年 月 日
-----	-------

給付金一覧表

★印はセンターより事業所宛に事前に通知するもの。

給付項目		給付事由	金額
祝 金	結婚祝金	会員本人が結婚したとき	20,000円
	出生祝金	会員本人または会員の配偶者が出産した時	10,000円
	★入学祝金	会員の子が小学または中学に入学した時	10,000円
	★永年勤続 祝金	10年	5,000円
		15年	5,000円
		20年	10,000円
25年		10,000円	
30年		10,000円	
弔 慰 金	死亡弔慰金 ※同居、別居の 区別なし	会員	会員の死亡 100,000円
		会員の家族	配偶者の死亡 50,000円
			子の死亡 40,000円
			親の死亡 10,000円

助成金一覧表

補助項目	金額	
定期健康診断受診料助成 年度1回	2,000円	
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
	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	
P E T 検査受診料助成(年度1回)	10,000円	
M R I 検査受診料助成(年度1回)	3,000円	
会員本人が入会后傷病等による 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
	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
インフルエンザ予防接種費用の助成 (10月～1月末を対象) 年度1回	1,000円	
宿泊助成(会員・家族 それぞれ年度2泊分)	会員 2,000円	家族 1,000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

◆給付金・助成金の申請手順

申請手順は以下の通りとなります。



- ①『申請書』に必要事項を記入して押印、『必要な添付書類』を準備してください。
- ②申請書類を郵送またはセンターへご持参ください。※給付事業は事業所からの申請となります。

〒857-0851 長崎県佐世保市稲荷町2番28号 佐世保市労働福祉センター1階
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

なお、サービスセンターの会計年度は、4月1日から翌年の3月31日までです。

このため、請求期限は、事由が発生した日の属する年度末必着です。

※ただし、事由発生日が、3月のものについては、翌年度4月末日まで受付となります。

- ③申請書や添付書類に不備がないか確認します。不備があった場合は、事務担当者または申請者本人に連絡させていただきます。
- ④支給が決定しましたら、支給決定通知書を送付し、後日指定口座に振り込みます。

受 理 日	申請用紙が当センターに到着した日。
締 め 日	毎月2回、請求日の締め日を設定します。 a. 受理日の前月21日より当月5日までのもの b. 受理日が当月6日より20日までのもの
振 込 日	締め日によって振込まれる日が異なります。 締め日 a. の場合・・・15日に振込 締め日 b. の場合・・・月末に振込 ※休みの場合翌営業日

※振込日・金額等確定後、給付金・助成金支給決定通知書を送付しますので、詳細はそちらでご確認下さい。

※オンライン配信サービスにご登録の事業所にはメールにてお知らせします。

【請求時の注意事項】

- ・請求は対象日（事由発生日）以降にお願いします。なお、請求書1枚につき1人1件です。
- ・ご家族（夫婦・親子等）で会員の場合は、該当の給付金・助成金をそれぞれ請求できます。
- ・申請書受付完了後の金額訂正は不可です。
- ・給付金の申請は事業所から提出し、受取口座は事業所の口座を記入してください。
※会員個人の口座にはお振込みできません。

【助成金申請の注意点】

- ・施設等に実際に支払った金額が助成金額を下回った場合、その支払金額分が助成金額となります。
- ・領収書は必ず会員の氏名（フルネーム）及び金額が記載されたものとします。
- ・2名以上で利用された方は、利用された会員の氏名（フルネーム）、一人一人の領収金額がわかるものを添付してください

【事業所の給付金・助成金の受取について】

- ・給付金は、ご指定の事業所の振込口座に振込みますので、金額を確認後、該当の会員に給付金をお渡しください。
- ・助成金は、ご指定の事業所の振込口座に振込みますので、金額をご確認ください。

5. よくあるご質問

①死亡弔慰金(家族)の申請で、登録家族以外の家族も申請できますか？

登録家族(同居している1親等の配偶者・子・親)とは、定義が異なる部分があります。

- 配偶者の定義 | 会員本人と戸籍上婚姻関係にある者。
- 子の定義 | 会員本人の実子・養子・継子及びこれらの配偶者。
※妊娠7ヶ月以上の死産も含む。
- 親の定義 | 会員本人の実父母・養父母・継父母及び配偶者の実父母・養父母・継父母。
なお、同居・別居の区別なく申請可能です。



②助成金交付申請書の「事業所申請書」と「会員申請用」の違いはなんですか？

●事業所申請用

事業所で取りまとめて行った内容を申請する際に使います。その際、添付書類として会員名簿もつけてください。
なお、助成金の振込先は事業所の指定口座に振り込みます。



●会員申請用

個人で行った内容を申請する際に使います。なお、助成金の振込口座は個人の指定口座を選ぶことができます。



③規定の助成金額より下回った場合、申請金額はどのようになりますか？

実際に支払った金額が助成金額を下回った場合、その支払った金額分が助成金額になります。

- 【例】定期健康診断受診料の支払金額が1,800円の場合
助成金額は2,000円ですが、支払金額までの1,800円が助成金額となります。



④定期健康診断受診料助成を事業所で申請する際、ネットバンキングで決済したため領収書がありません。添付書類はどのようにしたらいいですか？

請求書、払込を証明できる通知書をご準備ください。
また、受診者全員の氏名(フルネーム)が記載されている、病院等受診機関が発行する申込書や個人の結果票等を一緒にご提出ください。



よくあるご質問

⑤ 宿泊助成の申請で家族も一緒に宿泊したが、領収書に「代表者氏名」と「合計金額」の記載だけしかなかった場合、どのようにしたらいいですか？

- 【1】助成対象者(全員分)の氏名(フルネーム)、
 - 【2】助成対象者(全員分)の一人一人の領収金額がわかるもの、
- が明記された添付資料が必要になりますので、「**宿泊証明書**」を宿泊先に発行してもらい、上記2点の証明をお願いします。申請の際は、お手持ちの領収書と一緒に提出してください。



⑥ 夫婦それぞれ会員の場合、宿泊助成はそれぞれ申請できますか？

それぞれ申請可能です。なお、実際に支払った金額が申請金額の合計より下回った場合は、実際に支払った金額までが助成金額となります。

- 【例】1人あたりの宿泊料金が2,800円だった場合
- 夫:会員本人2,000円、家族(妻)800円の助成
- 妻:会員本人2,000円、家族(夫)800円の助成



⑦ 2連泊した宿泊料金の宿泊助成の申請はどのようになりますか？

2泊分の申請は可能です。この申請で年2泊の申請上限に達することになります。

なお、実際に支払った金額が申請金額の合計より下回った場合は、実際に支払った金額までが助成金額となります。

- 【例】2泊の宿泊料金が3,500円だった場合
- 会員本人1泊目2,000円、2泊目1,500円の助成



⑧ 2年前に、給付金や助成金の項目で申請できるものがあつたが今から申請できますか？

給付事業・助成事業の請求期限は、**事由が発生した日の属する年度末必着**としております。

今回のケースの場合、**2年前の内容のため期限が切れており、**申請することはできません。



その他、これまでに寄せられた、よくあるご質問と回答例は、ホームページの「お客様窓口」に掲載しています。ぜひ一度ご確認ください。



給付金請求書兼証明書

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 _____

代表者名 _____ 印

会員氏名 _____ 印

請求金額 _____ 円

☞ 下記の該当する給付項目に○印を付けてください。(ただし、請求書1枚につき、請求項目は1件です。)

結婚祝金	配偶者氏名	配偶者生年月日 年 月 日	婚姻届出日 年 月 日
出生祝金	子の氏名	子の生年月日 年 月 日	/
入学祝金	小学(学校名:) 中学(学校名:)	子の氏名	入学年月日 年 月 日
永年勤続祝金	10年 15年 20年 25年 30年	入社年月日 年 月 日	/
死亡弔慰金	死亡者氏名	死亡年月日 年 月 日	会員との続柄 本人 配偶者 子 親

※結婚祝金申請の方で変更のある方のみ記入して下さい。

氏名の変更	新姓名: <small>変更がある場合には、会員証を請求書に添付してください。</small>			
住所の変更	新住所: 〒			電話番号:
同居家族の変更	追加		削除	
	氏 名	続 柄	生 年 月 日	氏 名

☞ 給付金の受領方法を希望する欄に○印を記入してください。

受領方法	振込希望口座	振込依頼書 (上記給付金の受領について、下記口座に振込んでください。)								
		金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合			本・支店名				店
		口座の種類	普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄			口座番号				
		フリガナ								
	口座名義									
	登録口座	*すでに登録されている口座へお振込みいたします								

--	--	--	--	--	--	--	--

発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受付印

給付金請求について

- ・請求期間は、給付対象日以降、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。
- ・給付金の請求は、給付対象日（事由発生日）以降にお願いします。

		給付事由	金額	事由を証明する書類 及び 注意事項
祝 金	結 婚 祝 金	会員本人が 結婚したとき	20,000円	法律上の婚姻の事実が確認できる書類として、次のうち いずれか一つ（写し可） ●戸籍謄抄本 ●婚姻受理証明書 など ※住民票は不可 注意事項 1. 結婚による氏名、住所、同居家族等の変更がある場合、 給付金請求書兼証明書に変更内容を記入してください。 2. 氏名が変わる場合はカードを返還してください。 新しいカードをお渡しします。 3. 同じ人との再婚は申請対象外です。 4. 再婚による結婚祝金の申請は1回までです。
	出 生 祝 金	会員本人または 会員の配偶者が 出産した時	10,000円	出生の事実を証明する書類として、次のうちいずれか一つ （写し可） ●住民票 ●母子手帳の出生証明書欄 ●健康保険被扶養者異動届 注意事項 双子児（双子）の場合は出生2件として扱います。
	入 学 祝 金	会員の子が 小学または 中学に入学した時	10,000円	子の就学の事実を証明する書類として、次のうちいずれか 一つ（写し可） ●就学通知書 ●在学証明書 ●生徒手帳 なお、入会時に提出していただいた『入会申込書兼会員カード』で管理して いる家族の情報に基づいて、該当する会員には事前に各事業所宛に、申請番 号が記載された申請用紙を送付いたします。
	永 年 勤 続 祝 金	10年 15年 20年 25年 30年	5,000円 5,000円 10,000円 10,000円 10,000円	添付書類は必要ございません。 なお、入会時に提出していただいた『入会申込書兼会員カード』で管理して いる情報に基づいて、該当する会員には事前に各事業所宛に、申請番号が記 載された申請用紙を送付いたします。
弔 慰 金	会 員	会員の死亡	100,000円	『給付金請求書兼証明書』に必要事項を記入し、以下の添付書類を つけて申請をお願いします。 1. 死亡の事実（死亡日）が確認できる書類として、次のうち いずれか一つ（写し可） ●死亡診断書 ●死体検案書 ●除籍謄本 ●住民票 など 2. 給付金受取人との関係を証明する書類として、次のうち いずれか一つ（写し可） ●戸籍謄本 ●住民票 など
	会 員 の 家 族	配偶者の死亡	50,000円	注意事項 1. 配偶者・子・親の定義 ●配偶者の定義 会員本人と戸籍上婚姻関係にある者をいいます。 ●子の定義 会員本人の実子・養子・継子及びこれらの配偶者をいいます。 ※妊娠7ヶ月以上の死産も含まれます。 ●親の定義 会員本人の実父母・養父母・継父母及び配偶者の実父母・養父母・継父母 をいいます。 2. 同居・別居について 死亡弔慰金の申請においては、同居・別居の区別なく申請可能です。
		子の死亡 ※妊娠7ヶ月以上の死産も含む	40,000円	
親の死亡	10,000円			

助成金交付申請書（事業所申請用）

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

事業所番号 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ 印

申請金額 円

助成金交付申請金額の内訳（助成対象者の名簿を別に添付してください）

助成項目	申請時記入事項				添付書類
定期健康診断 受診料助成	受診年月日	年 月 日～ 年 月 日(年度分)			裏面参照
	受診医療機関				
	申請人数及び 申請額	助成額2,000円× 名= 円			
人間ドック等 受診料助成 <small>※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>	受診年月日	年 月 日～ 年 月 日(年度分)			
	受診医療機関				
	申請人数及び 申請額	人間ドック	日帰り社保	助成額 7,000円 × 名= 円	
			日帰り国保	助成額 3,000円 × 名= 円	
			1泊2日以上	助成額10,000円 × 名= 円	
	脳ドック		助成額10,000円 × 名= 円		
PET検査		助成額10,000円 × 名= 円			
MRI検査		助成額 3,000円 × 名= 円			

助成項目	申請時記入事項				添付書類
宿泊助成 <small>※業務による宿泊を除く</small>	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			

☛ 助成金の受領方法を希望する欄に○印を記入してください。

受領方法	振込希望口座	振込依頼書（上記給付金の受領について、下記口座に振込んでください。）						
		金融機関	銀 行・労働金庫 信用金庫・信用組合		本・支店名			
		口座の種類	普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄		口座番号			
		フリガナ						
		口座名義						
登録口座	*すでに登録されている口座へお振込みいたします							

--	--	--	--	--	--	--	--

発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受付印

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	2,000円		<p>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）</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p>
	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	<p>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）</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p>
		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		<p>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）</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p>
	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 と 家 族	宿泊助成 年度2泊分	<p>会員 2,000円</p> <p>家族 1,000円</p>	<p>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）</p> <p>※宿泊者氏名、宿泊人数、宿泊料金がわかる書類が必要（家族の氏名も含む）</p> <p>※事業所申請の場合、申請書・添付書類の他に、会員名簿の提出もお願いします。</p> <p>（注1）対象は業務外（出張費用が出ない）旅行です。</p> <p>（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</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（注8）宿泊費の助成のため、JR券、航空券のみの領収書は不可です。</p>	

・申請は対象日（事由発生日）以降をお願いします。なお、申請書1枚につき1人1件です。

・ご家族（夫婦・親子等）で会員の場合は、該当の給付金・助成金をそれぞれ申請できます。

・申請書受付完了後の金額訂正は不可です。

・施設等に実際に支払った金額が助成金額を下回った場合、その支払金額分が助成金額となります。

・領収書は必ず会員の氏名（フルネーム）及び金額が記載されたものとしします。

・2名以上で利用された方は、利用された会員の氏名（フルネーム）、一人一人の領収金額がわかるものを添付してください

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(○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	
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	
	受診医療機関		
	受診種別 <small>○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)		
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 <small>○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)	
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 <small>○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)	

裏面参照

○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							
宿泊助成 <small>※業務による宿泊を除く</small>	宿泊期間	年 月 日～ 年 月 日							
	申請人数	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">会 員 (2,000円) ×</td> <td style="width: 10%;">名 ×</td> <td style="width: 10%;">泊 =</td> <td style="width: 20%;">円</td> </tr> <tr> <td>登録家族 (1,000円) ×</td> <td>名 ×</td> <td>泊 =</td> <td>円</td> </tr> </table>	会 員 (2,000円) ×	名 ×	泊 =	円	登録家族 (1,000円) ×	名 ×	泊 =
会 員 (2,000円) ×	名 ×	泊 =	円						
登録家族 (1,000円) ×	名 ×	泊 =	円						

裏面参照

※裏面の宿泊助成対象者名簿を必ず記入してください。(会員のみ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

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

- ・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。
- ・助成回数は、年度（4月～翌年3月）2回です。
- ・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、宿泊助成の対象となりませんのでご了承ください。

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	2,000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		
	会員本人が入会后 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）仕事に関係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 2,000円 家族 1,000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、JR券、航空券のみの領収書は不可です。	

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（事業所申請用）

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

助成額 1人当たり1,000円
 (但し、1,000円以上の接種料を支払ったもの)

事業所番号 _____

事業所名 _____

申請金額 _____ **円**

代表者氏名 _____ 印

助成金の受領方法を希望する欄に○印を記入してください。

受領方法	振込希望口座	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 (○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					
	登録口座	すでに登録されている口座へお振込みいたします。				

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請いたします。

接種日	年 月 日 ~ 年 月 日 (年度)
医療機関名	
申請人数及び申請額	助成額 1,000円 × 名 = 円

◎接種期間・・・請求年度の10月1日～翌年1月末までに予防接種したものが対象

◎請求期限・・・請求年度の10月1日～翌年2月末までに当センターへ必着

◎添付書類 【1】助成対象者の名簿 ※別に添付してください(例：会員名簿)

【2】医療機関発行の領収書(コピー可) ※領収書には次の①から⑤の事項の記載が必要です

- ①予防接種日 ②企業名と申請者全員の氏名(フルネーム) ③医療機関名 ④予防接種費用
- ⑤「インフルエンザ予防接種代」の但し書き

領収書貼付欄

※添付書類はここに貼りつけてください(コピー可)

※貼付欄内に収まらない場合は、別紙添付にてお願いします。

発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受付印

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（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（○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 1,000円

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請いたします。

助成額 1,000円（但し、1,000円以上の接種料を支払ったもの）

接種日	年 月 日（年度）
医療機関名	

- ◎接種期間・・・請求年度の10月1日～翌年1月末までに予防接種したものが対象
- ◎請求期限・・・請求年度の10月1日～翌年2月末までに当センターへ必着
- ◎添付書類・・・医療機関発行の領収書（コピー可）※領収書には次の①から⑤の事項の記載が必要です
 - ①予防接種日 ②受けた方の氏名（フルネーム） ③医療機関名 ④予防接種費用
 - ⑤「インフルエンザ予防接種代」の但し書き

領収書貼付欄

※添付書類はここに貼りつけてください（コピー可）

					<table border="1"> <tr> <td>発議日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>決裁日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	発議日	年 月 日	決裁日	年 月 日	<table border="1"> <tr> <td>受付印</td> </tr> </table>	受付印
発議日	年 月 日										
決裁日	年 月 日										
受付印											