

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 ×	
			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					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