

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: 30%;">会 員 (2,000円) ×</td> <td style="width: 10%;">名 ×</td> <td style="width: 10%;">泊 =</td> <td style="width: 50%;">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