

共済会福利厚生事業助成金請求書兼支給決定書

事業所 No. _____

江別市勤労者共済会 様

下記の事由により助成金を請求します。
 なお、私は下記の者を代理人と定め、助成金の受領にかかる一切を委任します。

請求金額	金									円

会員氏名							印

事業主・契約代表者	(住所)	(電話)	-	-
	(事業所名)			
	(代表者名)	印		
※代表者の印は、法人企業の場合は代表取締役の印、個人事業主の場合は代表者の印鑑 (共済契約の印)を押印してください。 上記の事実と相違ないことを証明します。				

上記の金額を受領しました。

年 月 日

印

助成金を現金で受領の場合には、事業主の領収印を押印願います。

助成項目	退職 餞別金	勤続年数	10年以上	20年以上	
		当該事業所に初めて就職した日	年	月	日
		退職日	別紙会員異動届のとおり		
キャリア 支援事業	事業名称				
	事業実施日	年	月	日 (日)	
健康づくり 支援事業	事業名称				
	事業実施日	年	月	日 (日)	
助成事業に係る領収書のコピーを裏面に添付してください。					

振込先	金融機関名		口座名義 (フリガナ)		普通・当座	口座番号	
	銀行	支店					

共済会決裁欄	理事長	事務局長	事務局	受付年月日	支出命令番号	会員番号
				年 月 日	第 号 (. .)	851

共済会では、会員から提出された請求書に係る個人情報、助成金の支払いの範囲にのみ利用し、それ以外の目的には利用いたしません。