

# 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)	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。
※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。		

助成項目	定年退職 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			
		定年退職となる日	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 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 日)				
	助成金算出計算式					
健康づくり 支援事業	事業名称	インフルエンザ予防接種助成事業				
	事業実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 日)				
	助成金算出計算式	@500×				
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)		口座番号
	銀行 支店	普通・当座		

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。