

共済会福利厚生事業助成金請求書兼支給決定書

記入例

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	¥ 5 0 0 0	円	会員氏名	キョウサイ	タロウ	印
						共済	太郎	

事業主・契約代表者	(住 所)	江別市〇〇町〇〇番地 (電話) 0 1 1 - 〇〇〇 - × × × ×
	(事業所名)	(株)共済会
(代表者名)	江別 二郎	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	
助成項目	キャリア 支援事業	事業名称		
		事業実施日	年 月 日	年 月 日 (日)
助成項目	健康づくり 支援事業	事業名称	脳ドッグ検診一部助成事業	
		事業実施日	R5 年 7 月 1 日 ~ R5 年 7 月 1 日 (1 日)	
		助成金算出計算式	$1,6000 \times 1/3 = 5,333 \rightarrow 5,000$ ※上限1万円、千円未満切り捨て	
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
	〇〇 銀行 ● ● 支店	キョウサイ タロウ 共済 太郎	普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇〇

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。