

公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター

助成金請求書 (事業所用)

令和 年 月 日

請求金額							
------	--	--	--	--	--	--	--

上記金額を請求します。上記の金額を下記の口座に振り込み願います。

(あて先)

公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター 理事長

所在地	〒			-			事業所番号 (上5ケタ)
事業所名				事業主名	印		
担当者				☎ ()	-		

該当する No. に○を付けてください。請求金額は、ガイドブックをご参照ください。

No.	助成金請求項目
1	健康診断
2	人間ドック・脳ドック
3	宿泊助成 (公共の宿)
4	その他 ()

・個人番号 (下4ケタ) は、「会員台帳」をご参照ください。
・助成金対象者が11名以上の場合は、次ページの「助成金対象者名簿」に記入してご請求ください。
・宿泊助成については、受診日欄の記入は不要です。

【助成金対象者】

	個人番号	会員氏名	受診日		個人番号	会員氏名	受診日
1			平・令 年 月 日	6			平・令 年 月 日
2			平・令 年 月 日	7			平・令 年 月 日
3			平・令 年 月 日	8			平・令 年 月 日
4			平・令 年 月 日	9			平・令 年 月 日
5			平・令 年 月 日	10			平・令 年 月 日

【助成金振込口座】

金融機関	銀行 金庫	支店	預金種目	口座番号			
フリガナ			1. 普通				
口座名義			2. 当座				

請求項目によって添付書類が異なりますので、ガイドブックをご参照のうえ、ご請求ください。

*ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810