

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)

平成 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	TEL () -	FAX () -	

助成金請求項目 (該当するものを○で囲んでください。請求金額は、ガイドブックでご確認ください。)
1. 宿泊助成 (公共の宿)
2. 定期健康診断・人間ドック・脳ドック
3. その他 ()

【利用者氏名】

- 個人番号 (下4ケタ) は、事業所保管の加入者リストをご参照ください。
- 利用者が多い場合は、会員番号と会員氏名を記載した利用者名簿を別に添えてご請求ください。
- 定期健康診断・人間ドック等の場合は、次ページの受診者名簿に記入してご請求ください。

個人番号	会員氏名	個人番号	会員氏名	個人番号	会員氏名
1		6		11	
2		7		12	
3		8		13	
4		9		14	
5		10		15	

利用者人数……計 名

【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
口座名義	フリガナ		1. 普通 2. 当座	

事業所名が記載された領収書 (写しで可)
を添えて、ご請求ください

*ご請求は、FAXまたは郵送で。

FAX : 076-234-7810 TEL : 076-234-7871

〒920-0022 金沢市北安江3-2-20 公益財団法人 金沢勤労者福祉サービスセンター