

記入例

*この用紙は、複写してお使いください。
(複写されましてもこの記入例は書きません。)

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 9 月 18 日

| | |
|------|-----------|
| 請求金額 | ¥ 3 5 0 0 |
|------|-----------|

請求金額はガイドブックをご参照のうえ正しくご記入ください。

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

担当者はサービスセンターとの
連絡担当者をご記入ください。

| | | | | |
|------|------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 所在地 | 〒 920 - ○○○○ 金沢市○○町○丁目○-○ | | 事業所番号 (上5ケタ) | 0 9 9 9 9 |
| 事業所名 | (株)勤労者サービス | 事業主名 | 代表取締役 福利 豊  | |
| 担当者 | 金沢 太郎 | | ☎ (076) ○○○ - △△△△ | |

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 | 0001 | 福利 豊 | 平・令○年 8 月 10 日 | 6 | | | 平・令 年 月 日 |
| 2 | 0002 | 金沢 太郎 | 平・令○年 8 月 10 日 | 7 | | | 平・令 年 月 日 |
| 3 | 0003 | 石川 一男 | 平・令○年 8 月 15 日 | 8 | | | 平・令 年 月 日 |
| 4 | 0005 | 北 安江 | 平・令○年 8 月 15 日 | 9 | | | 平・令 年 月 日 |
| 5 | 0006 | 犀川 園子 | 平・令○年 8 月 20 日 | 10 | | | 平・令 年 月 日 |

助成金振込口座は正確にご記入ください。
事業所の口座をご指定ください。

【助成金振込口座】

| | | | |
|------|-------------------|-------|---------------|
| 金融機関 | ○○ 銀行 △△ 支店 金庫 | 預金種目 | 口座番号 |
| フリガナ | カ) キンロウシャサービス | ① 普通 | 0 0 9 8 7 6 5 |
| 口座名義 | (株)勤労者サービス | 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

〒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 ☎ 076-234-7871