

理事長	事務局長	合 議	担 当

第6号様式（健康管理推進事業規定関係）

健康管理推進事業助成金申請書

座間市勤労者サービスセンター理事長 殿

下記のとおり助成金の申請をします。

年 月 日

事業所No. _____ 事業所名 _____
 会 員No. _____ 会 員 氏 名 _____ 印 _____
 電話番号 _____

申請事由(該当する項目に○をして下さい) 人間ドック・生活習慣病・オプション検診・一般検診・インフルエンザ

事由発生日 _____ 年 月 日 (受診日・接種日)

助成金額 _____ 円

※必ず申請の根拠となる書類の写しを添付して下さい。

下記いずれかの受領方法に✓して下さい。

- 本人申請により窓口で受領する場合に記入する欄

<input type="checkbox"/>	《 領 収 書 》 金 額 _____ 円 上記の _____ 助成金について、確かに領収致しました。 年 月 日 _____ 氏 名 _____ 印 _____
--------------------------	---

- 代理人受領の場合に記入する欄 受領日 _____ 年 月 日

<input type="checkbox"/>	《委任欄》 私は上記助成金の受領を _____ 委任者氏名 _____ 印 _____ _____ に委任します。 _____ 代理人氏名 _____ 印 _____ ※予め記名・押印のうえ、ご提出下さい。
--------------------------	---

- 指定口座に振込む場合に記入する欄（インフルエンザ助成金は振込不可）

<input type="checkbox"/>	《振込依頼欄》 上記助成金について、下記口座に振込みを依頼します。 金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協 _____ 支店 口座種類 1. 普通 2. 当座 口座番号 _____ フリガナ _____ 口座名義人 _____
--------------------------	--

※申請された個人情報センタ-事務以外に使用しません。