

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程関係）

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0をして下さい） 人間ドック・生活習慣病・オプション検診・一般健診・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"/> <div style="text-align: center;"> <p>《 領 収 書 》</p> <p>金 額 _____ 円</p> <p>上記の助成金について、確かに領収致しました。</p> <p>年 月 日 氏 名 _____ 印 _____</p> </div>
--

●代理人受領の場合に記入する欄

受領日 _____ 年 月 日

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

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

※申請された個人情報はセンター事務以外に使用しません。