

健康・自己啓発補助金申請書

(公財)燕西蒲勤労者福祉サービスセンター 御中

年 月 日

下記のとおり、領収書を添えて補助金を申請します。

記

※補助金申請する区分にして、太枠内記入し、会員氏名が確認できる領収書を添えて提出ください。

区分 該当に <input checked="" type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 人間ドック（上限4,000円補助） ※領収書はコピー可		<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査（500円補助） ※領収書はコピー可		
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種（1,000円補助） ※領収書は 原本 の提出		<input type="checkbox"/> 乳がん検診（500円補助） ※領収書はコピー可		
	<input type="checkbox"/> 自己啓発事業（ ※領収書はコピー可				
会員番号	フリガナ				
	会員氏名				
会員自宅住所	〒 TEL				
受診医療機関 名・受講場所					
受診料・受講料	円				
受診日・ 受講日	平成 年 月 日				
※補助金額が2,000円未満の場合は、タンポポ窓口で現金でのお渡しとなります。					
※補助金額が2,000円以上の方は、振込となりますので下記振込先のご記入をお願いします。					
振込先	銀行・金庫			本店	
	組合・農協			支店	
	口座種別	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号	フリガナ	
				口座名義人 (会員氏名)	

※ インフルエンザ予防接種補助は、2,000円以上支払の領収書の原本提出となります。

※ 補助金振込日は、毎月20日締め、当月月末振込み。（金融機関が休みの場合は翌営業日）

FAX【0256-61-1431】または、郵送【〒959-1263 燕市大曲3015番地】でも受付いたします。

事務局記入欄

補助金額	人間ドック	個人負担した受診料（ 円） ∴ 補助金（ 円）
	ピロリ菌検査	個人負担した受診料（ 円） ∴ 補助金（ 円）
	インフルエンザ予防接種	個人負担した受診料（ 円） ∴ 補助金（ 円）
	乳がん検診	個人負担した受診料（ 円） ∴ 補助金（ 円）
	自己啓発事業	個人負担した受講料（ 円） ∴ 補助金（ 円）