

# 共済会福利厚生事業助成金請求書兼支給決定書

## 記入例

事業所 No. \_\_\_\_\_

江別市勤労者共済会 様

下記の事由により助成金を請求します。  
なお、私は下記の者を代理人と定め、助成金の受領にかかる一切を委任します。

請求金額	金	¥ 5 0 0 0	円	会員氏名	[Redacted]			印
------	---	-----------	---	------	------------	--	--	---

事業主・契約代表者	(住 所)	江別市〇〇町〇〇番地	(電話)	0 1 1 - 〇〇〇 - × × × ×
	(事業所名)	(株)共済会	印	
	(代表者名)	江別 二郎		
※代表者の印は、法人企業の場合は代表取締役の印、個人事業主の場合は代表者の印鑑(共済契約の印)を押印してください。 上記の事実と相違ないことを証明します。				

上記の金額を受領しました。  
年 月 日  
印  
助成金を現金で受領の場合には、事業主の領収印を押印願います。

助成項目	退職 餞別金	勤続年数	10年以上	20年以上
		当該事業所に初めて就職した日	年 月 日	
		退職日	別紙会員異動届のとおり	
	キャリア 支援事業	事業名称		
		事業実施日	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日 )	
		助成金算出計算式		
	健康づくり 支援事業	事業名称	インフルエンザ予防接種助成事業	
		事業実施日	R5 年 0 月 25 日 ~ R5 年 1 1 月 30 日 ( 37 日 )	
		助成金算出計算式	@500 × 10 人 = 5,000	
助成事業に係る領収書のコピーを裏面に添付してください。				

振込先	金融機関名	口座名義 (フリガナ)	口座番号
	〇〇 銀行 ● ● 支店	キョウサイ タロウ 共済 太郎	普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇〇

共済会決裁欄	理事長	事務局長	事務局	受付年月日	支出命令番号	会員番号
				年 月 日	第 号 ( . . )	851

共済会では、会員から提出された請求書に係る個人情報、助成金の支払いの範囲にのみ利用し、それ以外の目的には利用いたしません。