

共済会福利厚生事業助成金請求書兼支給決定書

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									円
会員氏名										印

事業主・契約代表者	(住所) _____ (電話) _____ - _____ - _____ (事業所名) _____ (代表者名) _____ 印 ※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。 上記の事実相違ないことを証明します。	上記の金額を受領しました。 平成 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	定年退職 餞別金	勤続年数	10年未満	20年未満	20年以上
		当該事業所に初めて就職した日	昭和・平成	年	月 日
		定年退職となる日	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 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日)		
	健康づくり 支援事業	事業名称	事業実施日 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日)		
	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
	銀行 支店		普通・当座	

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
				平成 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。