

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 | 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 |
| ※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。 | | |

| | | | | |
|-----------------------------|--------------|-------------------|--|--|
| 助成項目 | 定年退職 餞別金 | 勤続年数 | <input type="checkbox"/> 在職10年以上20年未満 <input type="checkbox"/> 在職20年以上 | |
| | | 当該事業所に初めて就職した日 | 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 | 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 | | | |
| | 事業実施日 | 年 月 日～ 年 月 日 (日) | | |
| | 助成金算出計算式 | | | |
| 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 | | 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 |
| | | | | 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。