

※1回の合計助成申請額が3万円以上の場合【後日振込】となります。本紙を記入のうえ、添付してください。(2023.9～)

助成金振込依頼書

年 月 日

(一社) 日野市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

年 月 日に申請いたしました助成金の受領について、下記の口座に振込みをお願いいたします。

振込金額合計	円
--------	---

〔申請内容〕

1. 定期健康診断受診助成 (2,000円 名分 / 1,000円 名分)

円

2. インフルエンザ予防接種 (名分)

円

会員番号

事業所名

代表者名

銀行名	銀行・信金			支店		
	信組・農協					
金融機関コード			支店コード			
口座番号	普・当					
フリガナ						
口座名義人						