

# 助成金申請書（事業主申請）

年 月 日

一般社団法人 日野市勤労者福祉サービスセンター理事長 様  
下記のとおり助成金を申請します。

申請者 会員番号

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_

事業所住所 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

申請助成金額 \_\_\_\_\_ 円

定期健康診断とインフルエンザ予防接種は用紙を分けて申請

助成項目		事務局使用欄	
<input type="checkbox"/> 定期健康診断受診 1,000円・2,000円	実施機関		(1305) 1,000×
	実施期間	年 月 日～ 年 月 日	2,000×
<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 1,000円	実施機関		(1308) 1,000×
	実施期間	年 月 日～ 年 月 日	

## 領 収 書

年 月 日

一般社団法人 日野市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

金 \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり助成金を領収いたしました。

下記のものを代理人と定め、助成金の受け取りを委任します。

代理人（代理受取の場合のみ記入）

事業主氏名 \_\_\_\_\_

申請期限	助成事由発生から1年以内かつ年度内1人1回
ご 注 意	①定期健康診断とインフルエンザ予防接種は用紙を分けて申請してください。 ②申請が複数名の場合、裏面に全員の氏名を記入し、受診料金、受診日を記入してください。 もしくは、任意の用紙で受診者名簿（利用会員フルネーム、受診料金、受診日、利用会員番号）を添付してください。 ③金額訂正の場合は、訂正印の押印、または、改めて書き直ししてください。 ※いずれの場合もフルネームの記載された医療機関の領収書が必要です。 他の添付書類についてはガイドブックを参照。

-----〈サービスセンター処理欄〉-----

扱者	担当

※切り取ってお使いください。  
 ※コピーしても使えます。

## 助成対象者（受診者）名簿

No.	利用会員番号 (下3ケタ)	利用会員名	受診金額	受診日	No.	利用会員番号 (下3ケタ)	利用会員名	受診金額	受診日
1				/	21				/
2				/	22				/
3				/	23				/
4				/	24				/
5				/	25				/
6				/	26				/
7				/	27				/
8				/	28				/
9				/	29				/
10				/	30				/
11				/	31				/
12				/	32				/
13				/	33				/
14				/	34				/
15				/	35				/
16				/	36				/
17				/	37				/
18				/	38				/
19				/	39				/
20				/	40				/

## 助成金申請に必要な書類

助成金の種類	年度内 申請限度	添付書類
定期健康診断受診	1回	実施機関と受診日、受診料金、事業所が支払ったことがわかるもの（実施機関発行の領収書や振込通知等）、受診者名簿（上記以外の名簿でも可）
インフルエンザ 予防接種	1回	○事業所名宛の領収書と接種者名簿（利用会員名（フルネーム）と接種料金、接種日、利用会員番号）を記載。（上記以外の名簿でも可） ○個人の領収書をまとめてお持ちの場合も名簿は記入ください。 各々の領収書に利用会員名（フルネーム）、予防接種名（インフルエンザ）、接種料金、接種日の書かれた実施機関が発行する領収書が必要です。

\* 申請は受診後となります。