

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 ※金額訂正はできません。改めて書き直してください。

定期健康診断とインフルエンザ予防接種は別で申請

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		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		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 ※金額訂正はできません。改めて書き直してください。

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別で申請してください。 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金額の訂正はできません。改めて書き直してください。 ※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

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		No.	利用会員番号 (下3ケタ)	利用会員名	受診	
			金額	日				金額	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	<ul style="list-style-type: none"> ○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。