

|    |    |  |  |
|----|----|--|--|
| 年度 | 科目 |  |  |
|----|----|--|--|

## 補助金申請書

|       |   |   |   |   |   |      |    |   |
|-------|---|---|---|---|---|------|----|---|
| 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | 第 | 号 | 事務局長 | 次長 | 係 |
| 補助金   | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十    | 円  |   |

### 申請書

東久留米市勤労市民共済会会長 殿 年 月 日

会員番号 

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

 - 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

事業所名 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり利用したので、関係書類を添えて補助金を申請します。

#### 記

- |                 |           |
|-----------------|-----------|
| 1. 人間ドック・健康診断   | 4. 生涯学習講座 |
| 2. インフルエンザ予防接種  | 5. 宿泊旅行   |
| 3. 肺炎球菌ワクチン予防接種 | 6. 日帰り旅行  |

補助金申請事由発生年月日：                      年           月           日

### 領収書

東久留米市勤労市民共済会会長 殿 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

上記の金額を領収しました。

### 委任状

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め東久留米市勤労市民共済会の上記補助金の受領に関する権限を委任します。

年           月           日

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

※関係書類は事業ガイド参照。領収書(写し可)と印鑑をお持ちください。 ※1会員につき1枚使用。

〔事務局使用欄〕

【確認事項】

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| 受 付 | 入 力 | 確 認 |
|-----|-----|-----|

- 入会日、給付の有無
- 年 齢 [           歳 ] (インフルエンザ・肺炎球菌)