

## 補助金請求書（請求期限：事由発生日から2カ月以内）

【宿泊・人間ドック・指定コンサート等・映画鑑賞・資格検定・サンライフ熊本】

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター 理事長 様

下記請求内容について虚偽のないことを証明し、請求いたします。

請求者	事業所名		事業所番号				
	事業主名 (代表者氏名)		電話番号				
	所在地						

## 申請者（補助対象者）

会員番号		会員氏名	
------	--	------	--

請求書は 1つの請求事由に対して1通ずつ作成ください。

1通の請求書に複数の請求事由の併記不可

事由発生日以降に請求してください。

請求書の不備や事由発生前の申請の場合、受付できません。

請求金額  
(訂正不可)

百 拾 万 千 百 拾 円

金額の頭部に★マークをおつけください

請求事由	金額	内容・請求事由発生日（入会後に発生した事由であること）
宿泊施設利用補助 (年度内1回) ※	1,500円	宿泊期間 年 月 日～ 年 月 日 宿泊料の自己負担額が1泊3,300円（消費税込）以上 請求事由発生日は施設ごとの宿泊最終日
人間ドック受診補助 (年度内1回) ※	5,000円	生年月日 年 月 日【 歳】（年度内で40歳以上）
		受診日 年 月 日 宿泊の場合はその最終日
		受診料金 16,500円（消費税込）以上（ 円）
指定コンサート等利用補助 (年度内2回) ※	1,500円	利用日 年 月 日
映画鑑賞補助 (年度内1回) ※	1,000円	利用日(最新) 年 月 日
指定資格検定試験受験補助 (年度内2回) ※	2,000円	受験日 年 月 日 試験名（ ）
サンライフ熊本利用補助 【会員】(年度内2回)  【一親等以内の同居家族】 (年度内1回) 同居証明書 必須	2,000円  1回2,000円未満 の場合はその金額  教材費は補助対象外	講座終了日・施設利用日 年 月 日 講座名・利用施設名（ ） ----- 同居家族が利用した場合→ 家族氏名（ ） 会員から見た続柄に○ → 配偶者・父・母・子

- 添付書類は「コピー可」です。原本を提出された場合はご返却出来かねます。
- ※印の項目を複数名、もしくはお一人で複数日程の請求をされる場合は、所定の別紙を添付してください。  
→ホームページからダウンロードできます。
- 振込日（毎号の会報誌P12記載）、振込金額、内訳について通知は行いません。
- 振込名義は「キンロウシヤフクシセンター」で、登録された「事業所口座」へ振込みます。
- オンラインフォーム、FAX（096-345-7312）、郵送、持参にて届出ください。