



- ・1事由につき1枚ご記入ください。(コピーしてご使用ください。)
- ・会員本人の直筆にてご記入ください。(ボールペン)
- ・郵送または窓口にてご提出ください。(FAX不可)
- ・原則、会費振替口座(事業所口座)へお振込みいたします。

記入例

1事由につき1枚ご記入ください。
太枠内をご記入ください。(直筆)

助成金申請書

(受診料助成、資格取得受験料助成、アクアマリンふくしま年間パスポート助成)

一般財団法人いわき市勤労者福祉サービスセンター理事長様

申請日	令和〇年〇月〇日	フリガナ	ウメモト ハル
会員番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	会員氏名 (助成金受取人)	梅本 春
事業所名 (個人会員の場合は 現在の勤務先名)	〇〇株式会社	事業所電話番号 (個人会員の場合は 日中つながる番号)	(0000) 00-0000
事業所 担当者名	〇〇〇〇	会員生年月日	令和〇年〇月〇日

一般財団法人いわき市勤労者福祉サービスセンターの事業規則に基づき、下記の通り必要書類を添えて助成金の支払を請求します。
なお、貴サービスセンターが必要と判断した場合、調査等を行っても異存ありません。

事由	給付額(円)	添付書類(写し)	内容	
受診料助成 <small>※右記の検診のうち いずれか一つのみ</small>	人間ドック 上限5,000 (自己負担額が5,000円に 満たない場合は実費支給)	①会員名義の領収書 ②診療明細書等 (検診名、受診者名、受 診日、受診額、受診機関 名の記載があるもの)	検診名(次のうちいずれか一つのみ)	
	脳ドック 上限5,000 (自己負担額が5,000円に 満たない場合は実費支給)		<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 付加検診 <input checked="" type="checkbox"/> がん検診(下記の該当する項目に○を記入) 【胃・肺・大腸・前立腺・乳・子宮】	
	付加検診 上限5,000 (自己負担額が5,000円に 満たない場合は実費支給)		受診日 令和〇年〇月〇日	受診額 3,000円
	がん検診 1項目につき1,000 (最大3項目まで、 1項目の自己負担額が 1,000円以上の場合に限る)		受診機関名 〇〇病院	備考 胃がん1,000円 大腸がん1,000円 乳がん1,000円
資格取得受験料助成	5,000 (自己負担額が5,000円 以上の場合に限る)	①会員名義の領収書 ②受験票 (受験名、受験者名、受 験日、受験額、実施機関 名の記載があるもの)	受験日 令和〇年〇月〇日	受験額 0000円
			受験名(資格名) 〇〇資格	実施機関名(主催団体名) 〇〇団体
アクアマリンふくしま 年間パスポート助成	1,000	アクアマリンふくしま 年間パスポートの写し	年間パスポート購入日 令和〇年〇月〇日	購入額 0000円

(注)助成金の申請は事由発生日から1年を超過する前に申請してください。

助成金給付の対象となるのは、会員本人が料金を自己負担している場合に限りです。

事業所が福利厚生の一環として料金を負担している場合、給付の対象とはなりませんのでご注意ください。

助成金の給付が受けられるのは、『年度内に1回まで』となります。