



- ・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。

## 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                           | 年 月 日                             | フリガナ             | フリガナ         |
| 会員番号                          | -                                 | 会員氏名<br>(助成金受取人) | 会員生年月日 年 月 日 |
| 事業所名<br>(個人会員の場合は<br>現在の勤務先名) | 事業所電話番号<br>(個人会員の場合は<br>日中つながる番号) | ( ) -            | 事業所<br>担当者名  |

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