

選択型厚生事業助成金申請書の記入注意事項

※塗りつぶし部分の項目に記入してください。

申請はできるだけ一枚にまとめて、一度で済むように！

利用日について、注：3参照

※家族対象事業の利用者内訳は、ここに対象者の人数を記入してく

②、③、④、⑦、⑧、⑨は領収書
⑤、⑥はチケットの半券
どちらも原本を添付
(福祉厚生事業実施要項参照)

支払合計額に対して千円未満切捨の

必ず所属所受付年月日欄に記入(收受印等)してください。

☞再確認ください。

例.

(様式13)

選択型厚生事業助成金申請書

※ 請求番号		所属コード		会(組合)員コード		利用年月日				助成人数
1	1	1	1	年号	年	月	日	日	2	
						5				2
<small>本人・被扶養者 被扶養者以外の親縁家族(同居・別居問わず)</small>										
<small>上記助成人数の内訳を記入 ※1は歯科矯正・予防接種の場合 ※2は全ての場合</small>										
区分	事業名			該当し る点	助成金 種別	支払額(費用)		厚生事業助 成券貼付額		
健康増進	②健康管理助成 ※1			レ	901	5,900				
	③スポーツ施設等利用助成				902					
元気回復	④旅行助成 ※2				921					
	⑤厚生施設利用助成 ※2			レ	922	6,000				
	⑥芸術文化助成 ※2				923					
自己啓発	⑦資格取得助成				941					
	⑧教養研修助成				942					
育児・介護	⑨育児・介護助成				951					
合計(助成額)						11900		11000		

上記のとおり申請します。
群馬県教職員互助会理事長 様
令和 年 月 日
申請者 氏名

上記のとおり申請がありました。
令和 年 月 日
所属所名
所属所長 職・氏名
電話番号

(厚生事業助成券貼付欄)

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11				

※給付金口座(共済・互助会共通)は解約されませんように、ご確認ください。

※利用しない助成券を貼付した場合には、斜線を引いてください。

注1 領収書・入場券半券で利用詳細が不明の場合は、別紙選択型厚生事業各種明細書(様式14)を添付してください。
 注2 領収書・入場券半券を本書裏面に貼付してください。
 注3 利用年月日欄は事実発生日(複数に渡る場合は最初の日)を記入してください。
 注4 支払額合計が助成券貼付額よりも少ない場合は、支払額合計(千円未満切捨)の額が助成されます。