

玉野勤労者福祉サービスセンター助成金申請書

【申請期間（年度内）： 4月1日～翌年3月31日】

申請日		
20	年	月 日

玉野勤労者福祉サービスセンター 御中

申請者	事業所名	会員番号	—
		会員氏名	

申請する該当項目の番号に○印、必要箇所（太枠）に記入をしてください。
領収書（写し）や必要に応じて会員参加名簿を添付して申請してください。

センター記入欄

助成額	
負担額	円
切捨後	円
助成額	円

1. 人間ドック受診【会員のみ／年度内1回】

- ・助成対象者：2,000円以上の受診料を自己負担したもの
- ・助成額計算式：自己負担額（1,000円未満切捨）÷ 2
- 注）助成額は、500円単位で8,000円が限度額になります。

※人間ドック等の受診と明記された領収書を添付してください。

2. 福祉サービスの利用【会員及び同居に準ずる家族】

利用者氏名		続柄	
種類	内訳	申請回数	
I ショートステイサービス	1,000円 × () 日	1回3日／年度内2回まで	
II デイサービス	500円 × () カ月	月1回／年度内12回まで	
III ホームヘルプサービス	500円 × () カ月	月1回／年度内12回まで	

※介護施設等が発行するサービスの内容が明記された領収書を添付してください。

助成額	
I	円
II	円
III	円

会員個人が対象

3. 自己啓発【会員のみ／年度内1回】

※催し物参加は、参加日を基準とします。
※講座・教室受講は、開校日を基準とします。

種類	対象	限度額
I 催し物参加	教育・文化・スポーツの催し物	1,000円
II 講座・教室受講	教育・文化・スポーツ及び趣味の講座・教室	1,000円

※1,000円未満の場合は、年度内のものを一度にまとめて申請することができます。

助成額	
I	円
II	円

4. 宿泊旅行【会員のみ／年度内1回】

※出発日を基準とします。

旅行日程	対象	助成額
月 日 ~ 月 日	費用負担した宿泊を伴う旅行	2,000円

※出張等仕事に関するものは対象外です。

助成額	
	円

※5.6.の申請時には「領収書」と併せて「会員参加名簿」も添付してください。

5. 球技大会等レクリエーション【事業所（事業主）／年度内1回】※開催初日を基準とします。

内訳	対象	限度額
500円 × 参加会員数 () 人	事業所主催のレクリエーション	20,000円

※会員の福利厚生、会員同士の交流を図る余暇活動としての事業所主催のレクリエーションが対象です。

助成額	
	円

事業所が対象

6. 社内旅行【事業所（事業主）／年度内1回】

※出発日を基準とします。

対象	助成額
事業所が費用の全額又は一部を負担した社内旅行	500円 × 参加会員数 × 会費負担割合

※助成額は、サービスセンター会費の事業主負担割合に応じて計算し、100円未満は切捨てします。

助成額	
会員数	人
×	円

※インフルエンザ予防接種料助成の申請期間は、10月1日～翌年2月末までです。

7. インフルエンザ予防接種【会員のみ／年度内1回】 注)10月1日～翌年2月末

接種日	対象	限度額
月 日	費用負担したインフルエンザ予防接種	1,000円

※事業所で複数の申請者がおられる場合は、とりまとめて別に定める申請書で申請してください。

助成額	
	円

個人が対象

受診・利用等施設名	センター受付印	助成金決定額
	事務局長 検印 担当者	円