

常務理事	事務長	課長	係長	担当者	交付額
					× =
					円 名 円

※健保組合で使用

体育奨励補助金交付申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 様

名 称

事業所 所在地

代 表 者

申請者氏名

行 事	実施年月日		年 月 日	
	内 容			
	場 所			
	目 的			
	経 費	個人負担総額	円	一人当たり
受 取 金 融 機 関	銀 行 本店		普通・当座	口座番号(7桁)
	信用金庫 信用組合 農 協 支店		口座名義(カタカナ)	
利 用 者	記号	番号	本家区分	氏名
			本人・家族	
			本人・家族	
			本人・家族	
			本人・家族	
			本人・家族	
			本人・家族	
			本人・家族	
			本人・家族	

〈注意事項〉

- ① 個人の負担金額が分かる領収書等の写しを添付してください。
- ② 1人年度内2回、1回につき1,000円補助します。
1人当たりの経費が500～999円の場合は実費補助、
500円未満の場合は補助対象外です。

受付印	受付番号