

決 裁	会 長	事務局長	担 当	台 帳	入 力
	・	・	・	・	・

様式第14号

遠州ライフサポートセンター

退職金共済掛金補助金交付申請書

遠州ライフサポートセンター 会長 様 令和 年 月 日

事業所番号 会員番号の上5桁
をご記入ください

事業所名 _____

代表者氏名 _____ (印)

電話番号 (_____) _____

遠州ライフサポートセンター退職金共済掛金補助事業実施規程により、補助金の交付を申請します。

記

- 1 補助金申請額 _____ 円
- 2 退職金共済掛金納入期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- 3 退職金共済被共済者数 _____ 人
- 4 3 の 内 訳 (注:個人番号は、会員番号の下4桁を記入してください。)

個人番号	氏 名	掛金月額	個人番号	氏 名	掛金月額

(注) ○ 納入回の対象期間終了後3ヵ月以内に、現金を支払ったことを証する書類を添付し提出してください。
○ 補助金は、届け出の事業主の口座へ振り込みます。