

決 済	会 長	事務局長	担 当	台 帳	入 力

遠州ライフサポートセンター

退職金共済掛金補助事業補助金交付申請書

遠州ライフサポートセンター 会長 様 平成 年 月 日

事業所番号

--	--	--	--	--

所 在 地

事 業 所 名

代表者氏名



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 平成 年 月 日～平成 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。