

交付決定額	常務理事	事務長			担当
¥					

体育奨励事業補助金交付申請書

記号			番号			
申込責任者氏名			勤務先・所属部署			
申込責任者住所						
連絡先 (TEL・メールアドレス)		※健康保険組合からの連絡に使用します。外部から連絡できるものをご記入下さい。				
参加した事業の名称						
運営団体(クラブ等)の名称 ※可能であれば記載						
(申請者の口座) 振込先	銀行	種別 ・・(普その他)	口座番号			口座名義カタカナ
	支店					
	※申請者名義の口座をご記入ください。 ※口座情報は省略せず正確にご記入下さい。口座名義が団体代表者名の場合等、全ての記載がないと振込ができません。					

上記の通り、補助金の交付を申請いたします。

※同事業の参加者分をまとめて申請する場合は、以下も記載してください。

No.	利用者氏名 ※亀田健保に本人として加入している者のみ対象	健康保険被保険者		委任欄	受領 委任印
		記号	番号		
1				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
2				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
3				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
4				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
5				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
6				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
7				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
8				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
9				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印
10				補助金の受領に関する権限を 申込責任者に委任します。	印

亀田総合病院健康保険組合

（ 支 払 済 印 ） （ 受 付 印 ）

※ 体育奨励事業補助金交付申請にあたっての注意事項 ※

対象者

対象の事業に参加した、被保険者本人のみです。(家族は対象になりません。)

※他人の名義借り、参加事実がないものは認められません。

添付書類

①領収書(写しでも可)

委任により複数名分をまとめて申請する場合は、利用者氏名欄の方を宛名とする領収書を**全員分**提出して下さい。

領収書の名前が一致しない場合は、受付できない場合があります。

②参加した事業を運営する団体が発行したパンフレットや概要等の資料

※対象事業の実施日以降から申請が可能です。

支給額

年度につき1回・3,000円(3,000円に満たないときは実額)とします。

毎年4月1日から翌年3月31日までを1年間とし、前年度分の申請期限は**4月20日**までです。

※交通費や食費等は対象外となります。

以上の事項を厳守のうえ申請して下さい。

支給が決定した際は、申込責任者あて決定通知書をお送りします。

申請内容に不明な点がある場合は、参加者本人、または運営団体に
問い合わせをする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

この申請書により知り得た個人情報は、補助金交付業務にのみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

ただし、次に示すいずれかに該当する場合は、個人情報を開示することがあります。

①法令の規定により開示しなければならない場合

②利用者又はその他の人々の生命、健康、財産等の重大な利益を保護するために必要な場合