

口座振込用助成金請求書

西東京市中小企業勤労者共済会助成金請求書

金額

百	十	万	千	百	十	円

該当する番号に○印を付けてください。

1. 人間ドック・健康診断受診料（人間ドック・健康診断） 2. 宿泊施設利用料

上記の通り助成金を請求いたします。

令和 年 月 日

西東京市中小企業勤労者共済会会長 殿

	会員番号	—
振込先金融機関 () (銀行・信用金庫・農協・組合・労金) 支店名 () 支店 普通・当座 口座番号 口座名義 様 電話番号 - -	住 所	
	事業所名	
	氏 名	
	代 理 者	