

## 健康増進施設利用助成金請求書

組合員等記号番号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名	① 組合員の記号・番号、氏名及び所属所名(市町村・一部事務組合名)を記入してください。
123 - 45678	共 済 太 郎	〇 〇 〇 市	
利 用 施 設 名	利 用 年 月 日		
〇〇〇スポーツジム	〇〇年 4 月 1 日 から 〇〇年 9 月 30 日 まで		② 利用施設名、利用期間(回数券購入の場合は購入日)を記入してください。
1ヶ月又は1回当たりの助成金額	月数又は回数券購入回数	請 求 金 額	
1,000 円 ×	6 回 月	= 6,000 円	③ 請求金額は、月数又は回数券購入回数に1,000円を乗じた金額です。年度内6,000円が限度です。
助成金は、組合員の給付金等受取口座へ送金します。			
上記施設を利用したので、請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 住 所 山梨県〇〇市××・・・ 請 求 者 氏 名 共 済 太 郎			⑤ 請求日及び組合員の住所、氏名を記入してください。押印は不要です。
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  年 月 日 職 名 〇〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 △△ △△			

備考1 この請求書には、健康増進施設が発行した利用者名、期間又は回数券の種類等が明記された領収書の原本を添付してください。(レシート不可)

2 助成金は、共済組合の毎事業年度事業計画及び予算で定める1ヶ月当たり又は回数券購入1回当たりの助成金額(年間1人当たり1ヶ月当たり又は1回当たりの助成金額に6を乗じた金額)が限度です。なお、1ヶ月当たり利用金額又は回数券の金額が1ヶ月当たり又は回数券購入1回当たり助成金額に満たない場合は、助成の対象外となります。

3 共済組合が指定した健康増進施設での利用分のみ請求することができます。施設については「保健事業のご案内」または共済組合ホームページにてご確認ください。