

中部交通共済協同組合
理事長 殿

申請年月日を記入してください。

※本通は必ず原本を提出し
てください。

連絡先住所.....
組 合 員 名.....
代 表 者.....
担 当 者.....
電 話.....

印

※印鑑は代表者印

血圧計導入促進補助申請書

このたび下記の通り血圧計を導入しましたので、血圧計導入促進補助要領に基づき補助金を申請します。

1 導入内訳

	メーカー名	機器本体 (円) ※消費税込み	導入年月日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日

2 補助金額

補助金額	計 台	計 円

機器 1 台あたり本体購入価格の 1 / 2 ※千円未満切り捨て(1 組員あたり上限 20,000 円)

3 受取口座

金額訂正は不可のため書き直してください。

金融機関名	銀行	支 店 名	支 店
預 金 種 目		口 座 番 号	
口座名義人	(組員名と同一名義に限ります。)		

4 必要書類

(1) 各トラック協会へ助成金請求手続きを行う場合、助成金請求書 (写) および血圧計導入内訳書 (写)

(2) 請求書 (写) 及び領収書 (写) ※宛名が組員名であるもの