※A4サイズに拡大コピーしてお使いください。
FAXでも受付けます。

申請日　令和　　年　　月　　日

教室等受講補助申請書

一般財団法人 両毛地区勤労者福祉共済会理事長 様

下記のとおり申請いたします。

会員番号 □□□□□ ― □□□□

事業所名

電話番号（　　）　－　　担当

会 員 名　　㊞

※会員名欄には、必ず押印をして下さい。

記

主　催	該当する教室を○で囲んでください。 ①足利市　④佐野商工会議所 ②佐野市　⑤とちぎ花センター ③足利市みどりと文化・スポーツ財団		
講 座 名	（主催者　　）		
受講期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 まで		
受講料金	円	※補助額 （両毛メート記入欄）	円
補助金振込口座（ゆうちょ銀行不可）	事業所口座 ／ 個人口座	※どちらかお選びください。 指定の無い場合は事業所の登録口座へ振込となります。	
	金融機関コード	□□□□ ― □□□	
	・銀行　・労働金庫 ・信用金庫　・農業協同組合	（本・支）店 出張所　支所	
	普通 ・ 当座	口座番号（右づめ）	□□□□□□□
	口座名義	フリガナ	

両毛メート使用欄

処　理		事業課	総務課	事務局長	常務理事
処理日	入力者印				
振込日					

両毛メート受付印

※必ず「領収証」を添付してください。（コピーでも結構です。）