※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。

事業所番号−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　（本 ・ 支）店 ・信用金庫　・農業協同組合　出張所		
	普通 ・ 当座　口座番号(右づめ)　□□□□□□□		
	口座名義　フリガナ		

両毛メート処理欄					受付印
入力No.	入力	担当課	事務局長	常務理事	
振込日					

※必ず「領収証」を添付してください。（コピーでも結構です。）