

契約外スポーツクラブ 利用補助金支給申請書

平成 年 月 日

健康保険証	記号	番号	勤務所							
被保険者 (申請者)	氏名	印	TEL							
	住所	〒								
利用クラブ	名称	TEL								
	所在地									
会員の 場合 資格・ 内容	種類	個人・家族・()	利用 資格 登録者	氏名	続柄	年齢				
	会員番号				本人	歳				
	名義人					歳				
	入会金	円				歳				
料金(税別)	年会費	円	月会費	円	利用料	円	ビジター料	円		円
計算表	1人1回当り 費用相当額	円 = $\frac{\{[年会費 \text{円} \text{又は} (月会費 \text{円} \times 12 \text{ヶ月})] \div 52 \text{週} \div \text{利用資格登録者数} \text{名}\} + \text{その都度利用料}}{\text{円}}$								
	1人1回当り 補助金額	500円 ≤ $\frac{1人1回当り \text{費用相当額}}{\text{円}}$								
補助金 申請 内容	利用者氏名	続柄	利用月日	1人1回当り 費用相当額	記事(費用内訳他)					
		本人	/	円(税別)						
			/	円(税別)						
			/	円(税別)						
			/	円(税別)						
			/	円(税別)						
			/	円(税別)						

この申請内容と同月内に契約スポーツクラブ(セントラル・ルネサンス・ライフサポート倶楽部)の利用はありますか?
 a. あり (セントラル・ルネサンス・ライフサポート倶楽部)
 b. なし

※振込合計額で生じる10円未満の端数は切り捨て

振込合計額	円
-------	---

補助金は給与振込されます。ただし、任意継続・退職予定の方は下記にご記入ください。

振込口座	銀行名	銀行	支店	常務理事	事務長	総務課長	担当
	番号	普・当					
	名義						