|  |
| --- |
|  様式第１号**令和６年度　職場交流推進事業助成金申請書** |
| 実施計画 | 所属名 | 局本部室区 |
| 事業名 |  |
| 実施予定日 |  |
| 実施予定場所 |  |
| 助成会員数 |  |
| 　上記計画のとおり実施しますので、下記金額を交付申請します。年　　　月　　　日　川崎市職員厚生会会長　様 |
|  | 助成金額 |  |  |  |  |  |  |  | 円　　　　　　　　　 |
|  　 所　属 　　　　　　　　　　　職場交流推進事業実行委員会　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 金融機関名 |  | 支店名 |
| 口座番号 | 普通当座 | ﾌﾘｶﾞﾅ口座名 |
| 　　上記のとおり振込み依頼します。　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）助成金の交付：月末までに申請されたものは、翌月の第２木曜日に交付します。

 **（連絡先）**　**所　　属：**

　　　　　　　**担 当 者：**

**電話番号：**