|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号  **令和５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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |

（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：**