

(様式第 14 号)

ストレスチェック助成金請求書

請求金額	円	決定額	※	円
振込先	<input type="checkbox"/> 所属所長	<input type="checkbox"/> 福利厚生事業団体(互助会等)		
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
請求金額内訳	円 × 名 = 円			
実施事務従事者の証明	上記のとおりストレスチェックを実施したことを証明します。			
	令和 年 月 日 実施事務従事者 職名 氏名			
上記のとおり請求します。				
石川県市町村職員共済組合理事長 様				
令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名				

1. この請求書を提出するときは、株式会社JMDCが発行した請求書(写)を添付してください。
2. 振込口座を福利厚生事業団体に指定する場合は、助成金振込口座届書(様式第15号)を添付してください。
3. ※欄は、記入しないでください。