

様式第 1 号

事務局長	事務局次長	参 事	課 長	副 参 事	担 当 マネージャー	課 員	助成金支給対象の諾否

所属所健康管理対策事業実施計画書

所 属 所 名		参加予定者数	
事 業 の 名 称			
事 業 の 概 要			
実 施 年 月 日			
実 施 場 所			
実 施 に 要 す る 費 用 の 概 算	(内訳)		
備 考			

※要綱等を添付すること。

上記のとおり計画したので提出します。

平成 年 月 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

印

様式第2号

事務局長	事務局次長	参事	課長	副参事	担当 マネージャー	課員	助成金決定額

所属所健康管理対策事業実施報告書

参加所属所名		参加者数	
大会等の名称			
事業の概要			
実施年月日			
実施場所			
実施に要した費用の明細	(内訳) 詳細に記入してください。		
備考			

※決算書及び領収証の写し並びにプログラム等を添付すること。

上記のとおり報告いたします。

平成 年 月 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

印

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号
口座名義			
フリガナ			