様式第１号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

山梨県知事　　殿

　　　　　　　 住　　　　所

　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　 　　 代表者氏名　　　　　 　　　　印

山梨県外国人労働者家族医療傷害保険加入支援事業費補助金交付申請書

被用者の保険料負担額に対して金銭的支援（負担額の４分の３以上）を行ったので、山梨県外国人労働者家族医療傷害保険加入支援事業費補助金交付要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて交付申請します。

　１　保険名称

　２　被用者が支払った保険料の総額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　３　補助対象経費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

５　交付先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  信用金庫  組　　合 | | 支　店  出張所 |
| 預金の種別 | １．普 通  ２．当 座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | |

＜関係書類＞

１　被用者の保険料負担額を証明する書類

２　「支援額内訳書」（様式第1号別紙１）

３　事業者の被用者への金銭的支援を証明する書類（支払明細等）

４　「誓約書」（様式第1号別紙２）