

助成金書類 記入依頼書

※お手数ですが、助成金申請 1 回につき 1 枚ご記入ください。

◆申請先・申請枚数(該当するいずれか1箇所をチェックおよび記入してください。)

() 市・区・町・村 【 通 】
 企業名()

申請にはいくつかの制約がございます。必ずご自身でお調べください。ご理解とご協力をお願いいたします。

※当院では、全ての自治体(企業)の制度を把握することは困難です。誤った情報をお伝えして患者様にご迷惑をお掛けする可能性がありますので、助成金に関する質問にはお答えしかねます。ご了承ください。

◆作成に3週間かかります。

お預かりした順番で作成しております。作成期限のご要望は承っておりません。

できあがりのご連絡はしておりませんので3週間経過しましたらご都合のよい日に受け取りにご来院下さい。

※申請期限が近い場合期限までに作成が間に合わないこともございます。あらかじめ各市区町村へご確認ください。

◆お支払いについて

1通2,200円です。お受け取りの際のお会計となりますので、診察券をご持参の上、受付へお声掛けください。

◆確認事項(当院へ提出される前に不備がないかご確認ください。)

申請先への条件の確認が済んでいる。(申請回数、助成額、申請期限等)

※期限については必ずご自身でご確認ください。申請不可となっても当院では責任を負いかねます。

申請を希望される周期の全ての領収書がある。(窓口領収書、振込領収書) ※ 明細書は除く

※領収書が不足している場合でもお声かけはしませんのでご自身でご確認ください。

対象の領収書の合計額が助成金の上限に達している際は当院の判断で対象の領収書を除いて作成する
場合があることに同意する。

申請額が助成額の上限に達していない場合も作成に同意する。

当院で証明した金額が申請先の判断によって対象外となる場合があることに同意する。

●ご記入ありがとうございました。

・揃えていただいた書類は治療終了後お早めに受付へお預けください。

※郵送でのご依頼、お受け渡しは承っておりません。

・会計時にお預かりしております。

(月火木金：17:30まで、土日祝：診療が早く終了する日もあるため16:30まで)

・スタッフの人数の関係上状況によってはお預かり出来ない場合もございますがご了承ください。

・年度末は申し込みが集中します。作成期限の前倒しは致しかねますので余裕をもって申請をお願いいたします。

※助成内容は、申請先によって様々ですので、所得制限、申請期限、必要書類等が異なります。助成金についてのご不明点は、お住まいの自治体(企業)へお問い合わせのうえ、詳細についてのご確認をお願いいたします。

上記の確認事項についてすべて理解し了承しました。

(診察券番号)

(ご署名)

西暦 年 月 日 No.

クリニック使用欄

預かり確認印

印

助成金ファイルへの記入

印