

近畿日本ツーリスト健康保険組合
体育奨励補助金 担当者 殿

事業所名
担当者名
FAX:

体育奨励事業実施計画書兼承認書

下記のとおり計画いたしましたので、ご報告いたします。

記

1. 実施年月日 令和 年 月 日

2. 実施施設(場所) _____

3. 実施計画の内容【スポーツイベントに参加の場合は案内パンフレットを添付してください】
【箇所内での開催案内書面を添付してください】

- ()ボウリング ()野球・ソフトボール ()サッカー・フットサル ()バレーボール
()ソフトバレー ()バスケットボール ()テニス ()バドミントン ()スケート
()マラソン ()ハイキング ()ラフティング ()スキー
()その他【 _____ 】

4. 参加人員 男 名 女 名 計 名

(2箇所以上合同で実施する場合は、下記に合同実施箇所をすべて記入してください)

合同実施箇所【 _____ 】

5. 所要経費予定額(一人当たり) _____ 円

【実施施設のプレイ代やイベントエントリー代等が記載されたHPコピーを添付してください】

《注》①補助金対象範囲はプレイ代、プレイに必要な用具・備品・グラウンドなどの施設レンタル代
スポーツ用具運搬費用などですが、健保組合にて最終判断します。

体育奨励運営に必要不可欠でない費用(飲食代・景品代・謝礼・傷害保険代・交通費など)は
補助金の対象外となりますので、ご了承ください。

②補助金支給割合は補助金対象金額の1/3です。(10円未満の端数は切り上げ)

③補助金の年間上限は一人につき2,500円までです。

④実施計画承認書は必用な書類を添えて**実施の2週間前まで**に健保組合に提出してください。

(〒160-0023 新宿区西新宿8-14-24 西新宿KFビル5階) (FAX:03-6698-3702)

-----以下、健保組合使用

様

上記内容に基づき、健保組合後援体育奨励事業として承認いたします。

近畿日本ツーリスト健康保険組合
体育奨励補助金担当



(健保組合受付承認印)