



ワークフレンドとよた 各種様式集

●こんな場合は次の様式をご利用ください。

- ① 事業所名・代表者・所在地等の変更の場合…様式第2号変更報告書
- ② 会員の異動(入会、退会、氏名変更)の場合…様式第3号・4号 会員異動報告書・退会届
- ③ 会費の引落口座を変更する場合……様式第5-1号 5-2号 預金口座振替依頼書・納付書送付依頼書
- ④ 宿泊旅行の補助金を請求する場合……様式第7号 宿泊施設補助金請求書
- ⑤ 慶弔金、見舞金等を請求する場合……様式第8号 共済金等給付金請求書
- ⑥ 人間ドック・インフルエンザ・その他予防接種の補助申請書
- ⑦ その他

●ご利用にあたってのお願い

- ① 必要な様式はコピーしてお使いください。
- ② 申請書類は、**自筆で記入**または、自筆ではない場合は押印が必要です。添付書類と一緒にFAXまたはメールで提出してください。
- ③ 不明な点などは事務局へお気軽にお申し出ください。
- ④ 金額の訂正は書き直してください。
- ⑤ 申請年月日も必ず記入ください。
- ⑥ 様式第4号事業所退会届、様式第5-1号 5-2号 預金口座振替依頼書・納付書送付依頼書は押印の上郵送してください。

※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。

※住民票、戸籍謄本等の添付書類は、発行日も必要です。(3ヶ月以内)

変更報告書

FAX・メール可

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

事業所番号

事業所名

事業主又は

評議員名

FAX番号

記

◎ 変更項目のみご記入ください。

変更内容	変更前	変更後																
事業所名																		
事業所所在地		〒 -																
代表者名																		
評議員名																		
電話番号																		
FAX番号																		
<input type="checkbox"/> 会費引落先 <small>※(様式第5-1、5-2号必要)</small> <input type="checkbox"/> 給付金振込先 <input type="checkbox"/> 両方 <small>※(様式第5-1.2号必要)</small>	金融機関 店 口座種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									金融機関 店 口座種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
	フリガナ 名義人	フリガナ 名義人																
その他																		

※ 金融機関等の変更は□欄に✓をお願いします。

※ 様式第5-1、5-2号は、必ず郵送してください。

この用紙はコピーしてお使いください。

会員異動報告書

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

事業所番号.....

事業所名.....

事業主又は

評議員名.....

FAX番号.....

(■は事務局で記入します。)

入 会 者				退 会 者		
個人 No.	フリガナ 氏 名	性 別	和暦 生年月日 年 月 日 . . .	個人No.	氏 名	退会理由
		男 女	年 月 日 . . .			
		男 女	年 月 日 . . .			
		男 女	年 月 日 . . .			
		男 女	年 月 日 . . .			
		男 女	年 月 日 . . .			
		男 女	年 月 日 . . .	※2 退会の場合には会員証を返却ください		
		男 女	年 月 日 . . .	氏 名 の 変 更 者		
		男 女	年 月 日 . . .	個人No.	前・後 氏 名	
		男 女	年 月 日 . . .		前	後(フリガナ) →
		男 女	年 月 日 . . .		前	後(フリガナ) →
		男 女	年 月 日 . . .		前	後(フリガナ) →

- ① 毎月末日までに事務局に届いた報告書の内容は、翌月より反映します。(12月は12/25 必着)
- ② 退会は提出月の末日で会員資格がなくなります。
- ③ 氏名変更は会員証を返却ください。その後スマホ会員証で氏名変更してください。

同一事業所での再加入は、入会事由によりお断りする場合があります。
給付金の申請忘れはありませんか。ご確認ください。

この用紙はコピーしてお使いください。

事業所退会届

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

事業所名

事業主 (印)

評議員名 (印)

下記のとおり事業所退会します。

※全員の会員証返却をお願いします。

事業所No.	会員数	人	退会日	年	月
退会理由をチェックしてください。					
<input type="checkbox"/> コスト削減	<input type="checkbox"/> 廃業	<input type="checkbox"/> 倒産	<input type="checkbox"/> 市外、県外に事業所が移転		
<input type="checkbox"/> 1人になる為	<input type="checkbox"/> 事業所合併によるもの		<input type="checkbox"/> 使えるサービスがない		
<input type="checkbox"/> その他()					

※ 会員証を返却してください。			
会員No.(下4ケタ)	氏 名	会員No.(下4ケタ)	氏 名

様式第4号の書類は、事業所退会の場合に利用ください。
同一事業所での再加入は、入会事由によりお断りする場合があります。
給付金の申請忘れはありませんか。ご確認ください。

この用紙はコピーしてお使いください。

預金口座振替依頼書

年 月 日

- 三菱UFJ銀行
- 豊田信用金庫支店 御中

所在地

事業所名

代表者名

電話番号

私(当社)が豊田市勤労者サービスセンターに納付すべき会費等を下記の預金口座から口座振替により支払うことにしましたので、下記事項を確約のうえ依頼します。

1 指定預金口座名

預金種目	口座番号	口座名義人	届出印
当座預金			
普通預金			

2 振替日 豊田市勤労者サービスセンターの指定する日

3 振替開始日 年 月 日 取扱分より

4 確約事項

- (1) 上記依頼に係る私(当社)あての振替請求書が貴行に送付された場合には、貴金融機関普通預金約款または当座勘定約定書その他の規定にかかわらず、普通預金通帳、同請求書または当座小切手なしで当該金額を上記口座より引落のうえ、豊田市勤労者サービスセンターの指定する口座へ振込みください。
- (2) 万一支払日に上記指定口座の残金が不足し、請求金額を引落できない場合は、私(当社)に通知することなく、請求書を豊田市勤労者サービスセンターへ返戻されても異議ありません。
- (3) 上記引落について、貴金融機関より私(当社)あての振替済通知または領収書の発行及び交付は一切必要ありません。
- (4) 本扱いに関し、後日万一紛議が生じても一切私(当社)と豊田市勤労者サービスセンターとの間で解決し、貴金融機関にご迷惑をかけません。

証 印		照 合		受 付	
--------	--	--------	--	--------	--

(取扱店保管)

この用紙はコピーしてお使いください。

納付書送付依頼書

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター 御中

所在地

事業所名

代表者名 印

電話番号

今後、私(当社)は豊田市勤労者サービスセンターより請求される会費等の支払いを、下記の預金口座より口座振替の方法で支払いします。

つきましては、今後、私(当社)に対する当該請求については、下記の金融機関あてに納付書を送付してください。

記

1 指定金融機関

三菱UFJ銀行支店

豊田信用金庫支店

2 指定預金口座名

預金種目	口座番号	口座名義人
当座預金		
普通預金		

3 振替開始日

年 月 日より

(豊田市勤労者サービスセンター保管)

この用紙はコピーしてお使いください。

宿泊旅行助成金請求書(個人)

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

■下記のとおり個人宿泊旅行助成金を申請いたします。

【個人宿泊旅行】助成額4,000円/1人

(助成額 宿泊日において会員期間が1年未満の場合は2,000円/1人)

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印[㊟]が必要です。

事業所名		事業所の評議員氏名		㊟	
会員No.(九ケタ)		会員氏名			
-					㊟
<input type="checkbox"/> 宿泊した同居家族名と続柄を記入 (続柄:) (続柄:) (続柄:) (続柄:)			宿泊者人数(全員) 人		
旅行日	年 月 日 ~ 年 月 日				
宿泊施設名					
宿泊先スタンプ印欄	領収書が宿泊日より前の場合は、宿泊先スタンプ(宿泊証明書を添付の場合は不要)				

必要書類	① 領収書(会員本人名のもので1枚で10,000円以上) ② 宿泊の分かる明細 or 申請する旅行とわかる行程表 ③ 旅行社を通じて宿泊した場合は、宿泊先のスタンプ印または宿泊証明書
必要書類の注意点	・領収書は、1枚でポイント利用を除いた1万円以上であること。(連名不可) ・宿泊と分からない場合は宿泊証明書を発行 ・領収書に明細が無い場合は、但し書きに「宿泊」「宿泊人数」「宿泊日」を追記してもらってください。

- 請求に当たってのご注意
- ・対象者 会員に限る
 - ・期間 年度1人1回限り。請求は宿泊後3ヶ月以内 (過ぎた申請は、無効になりますのでご注意ください。)
 - ・同居家族以外の宿泊料が含まれる領収書は、参加者1人あたり1万円以上換算で対象
 - ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外
- ※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。
- ・助成方法は、事業所指定の口座(共済金振込指定口座)へ振込

この用紙はコピーしてお使いください。

宿泊旅行助成金請求書(事業所)

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

■下記のとおり事業所慰安宿泊旅行助成金を申請いたします。

【事業所慰安宿泊旅行】助成額2,000円/1人

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印(印)が必要です。

事業所名		事業所の評議員氏名 (印)	
旅行日	年 月 日	年 月 日	
旅行社	豊田市内の旅行社名を記入		
会員No.(九ケタ)	会員氏名		宿泊者人数(全員)
-		(印)	人 ※宿泊者申請者一覧は、別紙でも可
-		(印)	
-		(印)	
-		(印)	
-		(印)	

必要書類	① 5万円以上の事業所名の領収書または請求書と振込受領書 (互助会名でも可) ② 宿泊のわかる明細か行程表 ③ 宿泊者申請一覧(会員は会員No.を記入)
------	---

- 請求に当たってのご注意
- ・対象者 会員に限る
 - ・期間 年度1人1回限り。請求は宿泊後3ヶ月以内 (過ぎた申請は、無効になりますのでご注意ください。)
 - ・領収額 参加者1人あたり1万円以上換算の事
 - ・旅行社 豊田市内の店舗扱いの旅行に限ります。
 - ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外
- ※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。
- ・助成方法は、事業所指定の口座(共済金振込指定口座)へ振込

この用紙はコピーしてお使いください。

(様式第8号)

共 済 金 等 給 付 請 求 書

FAX・メール可

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

年 月 日

■ 下記の事由により共済金等の給付を請求します。

※評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印(印)が必要です。(会員本人死亡の場合は会員の印は不要)

事業所名		事業所の評議員名 (印)
会員No.(九ケタ) -	会員の氏名 (印)	

注意1 □のところは、該当するものにレ印を付してください。(以下同じ。)

<input type="checkbox"/> 会員の結婚 <input type="checkbox"/> 会員の銀婚(結婚満25年)	婚姻届出の 年 月 日	年 月 日	配偶者の氏名
<input type="checkbox"/> 会員の還暦(満60歳)	生年月日	年 月 日 生	
<input type="checkbox"/> 会員の子の出生	子の生年月日	年 月 日	子の氏名(性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (続柄)
<input type="checkbox"/> 会員の子の小学校入学 <input type="checkbox"/> 会員の子の中学校卒業	子の氏名(性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女) (続柄)		入学・卒業日 年 月 日
	子の生年月日	年 月 日生	該当学校名 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校
<input type="checkbox"/> 会員の勤続 (満80歳の誕生日でかつ会員期間が10年以上)(※1)	生年月日	年 月 日生	加入年月 年 月 日
<input type="checkbox"/> 会員の退会記念品 (会員期間が10年以上)	会員期間	年 月 ~ 年 月 (※2)	
	配達先(自宅)住所 〒 -		

※1 満80歳以上の方は、誕生日以後は入院見舞金及び障害見舞金の給付の対象となりません。

※2 会員の退会は、別紙「退会届又は会員異動報告書」の提出が必要です。

会員の入院	<input type="checkbox"/> 5日以上 <input type="checkbox"/> 10日以上 <input type="checkbox"/> 30日以上 <input type="checkbox"/> 60日以上	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		傷病名	病院名	
会員の障害	<input type="checkbox"/> 1~2級 <input type="checkbox"/> 3~4級 <input type="checkbox"/> 5~6級	交付年月日	年 月 日	
		障害名		
会員の家族の死亡	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親(<input type="checkbox"/> 実 <input type="checkbox"/> 義 <input type="checkbox"/> 継 <input type="checkbox"/> 養)	死亡日	年 月 日	
		死亡者名等	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	
会員の死亡	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上 80歳未満 <input type="checkbox"/> 80歳以上	死亡日	年 月 日	死亡時の年齢 歳
		共済金受取人 (代表相続人)	氏名	会員との続柄
			住所	
住宅災害	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 落雷 <input type="checkbox"/> 爆発 (<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> ぼや) <input type="checkbox"/> 自然災害 (<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 半 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 床上)	罹災日	年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) 時 分頃	
		自宅住所	〒	

この用紙はコピーしてお使いください。

人間ドック、専門ドック受診料助成金請求書

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

下記のとおり人間ドック、専門ドックを受診しましたので、助成金を申請いたします。
助成額8,000円/1人

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印[㊞]が必要です。

事業所名		評議員氏名 ㊞
会員No.(九ケタ)	会員氏名 ㊞	受診日
—		年 月 日
自己負担額20,000円以上 受診当日満30歳以上の会員の方が申請対象		

必要書類	領収書(会員本人名のもので1枚で20,000円以上) レシート不可
添付書類の注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書は、医療機関(国内)が発行したもの ・「会員本人氏名、受診日、人間ドック等受診項目の明記、受診費用」の記載が必須 ・1枚の領収書に人間ドック、専門ドックの明記を医療機関で追記または、コース名やOPの明記があるものを追加添付してもOK ・基本健診+オプションでも申請可 ・医療行為、保険適用、事業所負担は対象外

■請求に当たってのご注意

- ・対象者 受診及び申請当日満30歳以上の会員に限る
 - ・期間 年度1人1回限り。請求は受診後3ヶ月以内
(過ぎた申請は、無効になりますのでご注意ください。)
 - ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外
- ※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。
- ・助成方法は、事業所指定の口座(共済金振込指定口座)へ振込

この用紙はコピーしてお使いください。

助成金請求書

(インフルエンザ、その他予防接種補助)

FAX・メール可

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

■ 下記内容の助成申請いたします。

どちらかをチェック	助成額1,000円または1000円分/1人	記入
<input type="checkbox"/> 事業所を通して申請	事業所指定の口座(共済金振込指定口座)へ振込	評議員氏名の記入※1必須
<input type="checkbox"/> 個人で申請 (QRコードまたは事務局へメール申請)	FamiPay※サーティワンegift、 AMAZON ギフトカード、図書カードネットを選択し 個人メールアドレスへ送ります。	請求書と添付書類を写真 で取って申請

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印^印が必要です。

事業所名		※1 事業所の評議員氏名 印
会員No.(九ケタ)	会員氏名 印	受診日 年 月 日
自己負担額2,500円以上インフルエンザ、その他予防接種をした事がわかるもの。		
添付書類(必須)	領収書(会員本人名のもので1枚で2,500円以上) レシート不可	
添付書類の注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書は、医療機関(国内)が発行したもの 「会員本人氏名、インフルエンザ、その他予防接種明記、接種日、接種費用」の記載が必須 ・予防接種のみでは×です。 医療機関で補記をお願いしてください。またはワクチンのシールや明細を添付(手書きの場合は押印してもらってください) ・氏名の無い済証不可 	
請求に当たってのご注意	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者 受診および申請当日会員に限る ・期間 年度1人2回限り。請求は受診後3ヶ月以内 (過ぎた申請は、無効になりますのでご注意ください。) ・領収書名に苗字のみは不可。 ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外 <p>※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。</p>	

※ FamiPay は専用アプリが必要です。

※団体で申請する場合は、会員名簿だけの別紙を添付も可(本人自筆または押印が必要)



個人申請の方はQRコード

この用紙はコピーしてお使いください。

助成金請求書

FAX・メール可

年間パス、コンサート、スポーツ観戦等助成/スポーツ大会参加費助成

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

■下記内容の助成申請いたします。

どちらかをチェック	助成額1,000円または1000円分/1人	記入
<input type="checkbox"/> 事業所を通して申請	事業所指定の口座(共済金振込指定口座)へ振込	評議員氏名の記入※1必須
<input type="checkbox"/> 個人で申請 (QRコードまたは事務局へメール申請)	FamiPay※ サーティワンegift、 AMAZON ギフトカード、図書カードネットを選択し 個人メールアドレスへ送ります。	請求書と添付書類を写真 で取って申請

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印(印)が必要です。

事業所名		※1 事業所の評議員氏名 (印)
会員No.(九ケタ)	会員氏名 (印)	有効期限の記入または公演日を記入してください。 年 月 日～ 年 月 日
申請はどちらか年度1回		年度1回
<input type="checkbox"/> コンサート、演劇、 スポーツ観戦等 (※額面が5,000円以上のチケットに限る。 レジャー施設の入場券、配信ライブは対象外) 公演、イベント名の記入：	<input type="checkbox"/> 年間パスポート (※額面が5,000円以上のレジャー 施設のものに限る。) 施設名の記入：	<input type="checkbox"/> スポーツ大会 参加費(国内) (※額面が5,000円以上の大会参加費 の領収書または支払い明細等。) 大会名の記入：
【添付書類】 会員個人名の載っているチケット半券。 (チケットに氏名が印字されているものに限る) ●電子チケットの場合は、電子チケットに入場済みの画面 印刷または、電子チケットと発行元発行の開催日以降の 領収書を添付ください。 ■注意事項 会員氏名、コンサート名、日にち、 額面金額1名分5,000円以上がわかるものに限る	【添付書類】 会員個人名の載っている年間パスポート のコピーと領収書または支払明細 ●領収書または支払明細は、会員名のも のに限る。 ■注意事項 有効期限の分かるものが対象 ファンクラブ等の年会費は対象外	【添付書類】 ・会員個人名の大会参加費の領収書ま たは支払明細 ・大会要項の案内文 ●個人名の領収書で団体参加の場合 に領収金額が参加人数1人あたり5千円 以上換算なら対象 ■注意事項 そのスポーツの年会費や登録料は対象 外
請求に当たっ て のご注意	・対象者 公演日当日、有効初日に会員に限る ・期間 年度1人1回限り。請求は公演日、初日の3ヶ月以内 (過ぎた申請は、無効になりますのでご注意ください。) ・領収書名に連名・苗字のみは不可。 ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外 ※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。	

※ FamiPay は専用アプリが必要です。



←個人申請は

この用紙はコピーしてお使いください。

令和6年度 40周年記念 おすすめ会員事業所に行こう申請書

FAX・メール可

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

下記のとおり「おすすめ会員事業所に行こう」に参加しましたので、助成を申請します。

事業所名		
会員No.(九ケタ)	会員氏名	参加日
—		年 月 日
<p>助成額 1,000円分/1人 商品券またはFamiPay※ サーティワン egift、AMAZON ギフトカード、図書カードネットでの助成です。 会員が、3期ごとに1回利用可能。 自己負担額2,000円以上 ワークフレンドとよた協力事業所で購入または利用した会員が対象</p>		

申請書に添付する書類	レシートまたは領収書(1枚で2,000円以上) ※金額、日にち、商品・内容、事業所名が明記されていること ※領収書は、フルネームで記載のもの														
助成対象の注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ワークフレンドとよた協力事業所で購入または利用した対象商品・サービスであること。 ・会員の購入または利用に限る。 ・金券(商品券、ギフトカード、印紙、切手、はがきなど)の購入、ポイントで購入したものの、郵送料、請求書払い、同じレシートで複数の会員の助成は対象外 														
購入期間と申請期限	<table border="1"> <thead> <tr> <th>期</th> <th>購入期間</th> <th>申請期限</th> <th>注意点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1期</td> <td>4月～7月</td> <td>8/15</td> <td rowspan="3">期間毎1人1回限り。 申請期限を過ぎた場合、無効になりますのでご注意ください。(事務局必着)</td> </tr> <tr> <td>2期</td> <td>8月～11月</td> <td>12/15</td> </tr> <tr> <td>3期</td> <td>12月～2月</td> <td>3/15</td> </tr> </tbody> </table>	期	購入期間	申請期限	注意点	1期	4月～7月	8/15	期間毎1人1回限り。 申請期限を過ぎた場合、無効になりますのでご注意ください。(事務局必着)	2期	8月～11月	12/15	3期	12月～2月	3/15
期	購入期間	申請期限	注意点												
1期	4月～7月	8/15	期間毎1人1回限り。 申請期限を過ぎた場合、無効になりますのでご注意ください。(事務局必着)												
2期	8月～11月	12/15													
3期	12月～2月	3/15													
助成方法 選択してください。 個人指定は (FAXでの申請不可)	<input type="checkbox"/> 事業所へ商品券を郵送 <input type="checkbox"/> 個人の指定メールアドレスへ送る 事業所を通さずに本人に直接、FamiPay、サーティワン egift、AMAZON ギフトカード、図書カードネットにて助成します。 個人申請方法は レシートや領収書を写真に撮ってシステムから申請してください。														
申請に当たっての 注意点	<ul style="list-style-type: none"> ・会員に限る ・自社やお勤めの事業所での利用・購入は申請できません。(事業主、従業員含む) ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外 ※提出書類の原本を確認する場合がありますので、助成されるまで保管ください。														



※ FamiPay は専用アプリが必要です。

この用紙はコピーしてお使いください。