

市民マラソン等参加費補助金支給申請書

令和 年 月 日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

【組合員】

被保険者記号番号 34ー 氏 名

住 所

電 話 ()

神奈川県薬剤師国民健康保険組合市民マラソン等参加費助成要綱に基づき、次のとおり申請します。

【参加大会】

名 称		参加者	氏 名		本人
日 程	年 月 日				家族
主 催		参加費		円	
名 称		参加者	氏 名		本人
日 程	年 月 日				家族
主 催		参加費		円	
名 称		参加者	氏 名		本人
日 程	年 月 日				家族
主 催		参加費		円	
名 称		参加者	氏 名		本人
日 程	年 月 日				家族
主 催		参加費		円	
名 称		参加者	氏 名		本人
日 程	年 月 日				家族
主 催		参加費		円	

【振込先】

金融機関	銀行・信金	支 店 名	支店
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

事務長	係	支給決定日	支給決定額
			人 円

<注意事項>

1 添付書類（下記のうちいずれか一つ）

- ・参加費の領収書の写し又は、振込の控えの写し
- ・タイム証明書等の写し
- ・参加者名簿（表紙及び氏名部分）の写し

2 補助対象

- （１）フルマラソン、ハーフマラソン、5 kmマラソン等の市民マラソン
- （２）令和6年4月～令和7年3月に実施したもの

3 申請期間

令和7年5月末（必着）