

申請日 令和 年 月 日

近畿交通共済協同組合
理事長 岡田 博 殿

地域 CD・組合員 CD _____

組合員名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

安全運転研修施設利用にかかる助成金申請書

下記内容で研修に参加いたしましたので助成金の申請をします。

なお、トラック協会との重複請求はありません。

記

1) 研修日 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

2) 利用施設名 _____

3) 参加研修コース _____

4) 参加者氏名 _____

※修了証書の写し又は研修終了確認書の写しを添付してください。

助 成 金 振 込 先	
フリガナ	
口座名義	
金融機関	銀行・信用金庫 支店
口座種類	当座 ・ 普通 (いずれかに○印をつけてください)
口座番号	

※書類送付先 〒536-0014 大阪市城東区鳴野西 2-11-2

近畿交通共済協同組合 事故防止課 TEL 06-6965-2826

★以下は近畿共済が記入します

令和 8 年 3 月末 自動車共済契約台数 _____ 台 助成可能人数 _____ 名
今回助成人数 _____ 名（残 _____ 名）助成額 _____ 円 振込日 _____ 担当 _____