

FAX番号は正しいですか？
第三者への誤送信がないようくれぐれもご注意ください。

Form:J



※この申請書はコピーしてご利用ください。

リソル予約センター行

FAX 東京 **03-6758-5520**

補助申請書

メール(申請書・領収証等はPDFにて添付)での申請もお受けいたします。

E-mail: life-yoyaku@resol.jp

〔ご郵送先〕

〒160-0023

東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビルディング12階

リソルライフサポート株式会社 リソル予約センター 生活チーム宛

- ※1 この制度は、ご所属企業(団体)のルールでご利用できない場合があります。
- ※2 太枠内をまれなくご記入ください。また、申請内容の□の該当箇所に✓印チェックを入れてください。
- ※3 本申請書受付後、申請内容に不備があった場合はリソル予約センターよりご連絡を差しあげます。1か月以上ご連絡が取れない場合は申請をキャンセルさせていただきますので予めご了承ください。申請内容に不備がなかった場合はご連絡いたしません。
- ※4 郵送での申請をご希望の場合は、右記宛にお送りください。(申請手続きに時間を要しますので予めご了承ください。)

		お申込日	年	月	日	
お申込人	フリガナ 会員氏名				
	ご自宅住所	〒.....				
	E-mailアドレス				
所属企業(団体)		部署名				
ご連絡先	ご連絡先	()	ご連絡の 取れる 時間帯 (10:00~17:00の間で)	:	~	
	ご郵送先	〒..... 〔自宅・勤務先・その他〕 ※上記と異なる場合のみご記入ください。				
希望申請内容	<input type="checkbox"/> 資格取得奨励金	取得資格	スクール受講証明および合格証のコピーを添付願います。			
	<input type="checkbox"/> 人間ドック補助	領収書のコピーを添付願います。				
	<input type="checkbox"/> マッサージ補助	本申請書到着後、お支払い方法のご案内をいたします。			数量	セット
	<input type="checkbox"/> アロマセラピー補助	本申請書到着後、補助チケットをお送りします。			数量	枚
	<input type="checkbox"/> ベビーシッター補助	ご利用予定	メニューNo.	メニュー名	数量	セット
	<input type="checkbox"/> 託児所補助	ご利用予定	メニューNo.	メニュー名	数量	セット
	<input type="checkbox"/> 育児支援補助	1ヵ月3,000円以上のファミリーサポートセンター発行の援助活動報告書(要支払領収印)のコピーを添付願います。				
<input type="checkbox"/> 介護サービス補助	介護保険適用外サービス利用の領収書(介護保険適用外サービスであることが証明でき、ご利用の内容が明確にわかるもの)、ご利用者の要介護度を記した介護保険被保険者証の写しを添付願います。					
お振込先	金融機関名		口座番号	
	支店名	本店 支店	口座名義	フリガナ		
〔資格取得奨励金〕〔人間ドック補助〕〔育児支援補助〕〔介護サービス補助〕申請の方のみご記入ください。						

※上記補助金の支払い手続きはメニューによって受付期限が異なりますのでご注意ください。

備考	その他ご要望がございましたらご記入ください。
----	------------------------

リソル予約センター処理欄

発送	連絡	受付
		受付No.

<個人情報の取扱いについて>

お預かりしました個人情報は、お申込みの手配に必要な範囲内のみにおいて使用し、ご本人の承諾なしに第三者(弊社と契約を締結した業務委託先を除く)に提供することはありません。リソルライフサポート(株)が定める(ホームページ<https://www.fukuri-resol.jp>)に記載の「プライバシーポリシー」を必ずお読みいただき、お申込みください。

■個人情報に関するお問合せ先

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビルディング12階 リソルライフサポート株式会社 個人情報保護相談窓口 E-mail: privacy-rls@resol.jp

2023.8 改定