

(様式1)

平成 年 月 日

健康診断助成金交付申請書

朝 明 商 工 会
会 長 安 藤 邦 晃 様

(申請者)
所在地
事業所名
代表者名 (印)
電話番号() 担当者氏名()

朝明商工会 健康診断受診事業所助成金交付要綱に則り、関係書類を添えて下記により同助成金の交付申請を行います。

記

◆申請内容

助 成 金 申 請 額	円		
※受診者数(実員) × 2,000 円	年会費		
受 診 医 療 機 関 等 名 称	①	②	③
受 診 に 要 し た 費 用 総 額			
受 診 者 数 (実 員)			
振 込 先	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 普通・当座 No. _____ 口座名 _____		

◆添付書類 . . . 受診者名簿等受診者数を証する書面、 受診料支払済みの領収証(写)