

人間ドック等受診料補助金交付申請書

平成 年 月 日

一般財団法人 磐田市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

事業所名

代表者氏名

印

下記のとおり人間ドック等を受診しましたので、サービスセンター補助事業実施要綱に基づき、補助金の交付を申請します。

記

金 円

35歳以上の会員、7,000円限度 100円未満は切り捨てとなります。

受診した会員	
住 所	(事業所番号) (個人番号)
氏 名	会員番号
チェック項目	<input type="checkbox"/> 会員は35歳以上である。 <input type="checkbox"/> 領収書添付
1 受診日	平成 年 月 日
2 受診医療機関名	
3 受診者氏名が記入された領収書のコピーを必ず裏面に添付してください。	

この個人情報は、補助金交付事務に限り使用します。