

申請用紙は右ページにあります。コピーしてご利用下さい。

様式第12号

一般財団法人 磐田市勤労者福祉サービスセンター

人間ドック等受診料補助金交付申請書

平成 30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 (株) 磐田商事

代表者氏名 磐田太郎



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 7,000 円

35歳以上の会員、受診料の相当額で、かつ、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 磐田市福田400

(事業所番号)

(個人番号)

氏名 福田正夫

会員番号

1 0 0 6 3 0 0 3

チェック項目



会員は35歳以上である。



領収書添付（受診日より2ヶ月以内）

1 受診日 平成 30年 ○月 ○日

2 受診医療機関名 福祉病院

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。