

定期健康診断受検助成金交付請求書

年 月 日

(あて先) 公益財団法人 厚木市勤労者福祉サービスセンター理事長

事業所番号

所在地

事業所名

代表者(事業主)氏名

印

(代表者印)

電話番号

※事業主の会費負担月額1人当たり

円

次のとおり請求します。

1 請求金額	円
2 受検医療機関 (受検者人数)	病院 (人)
3 添付書類	定期健康診断受検証明書(指定医療機関用) または、医療機関の領収書

- (注意) 1 助成金は、代表者(事業主)の請求のみ交付いたします。
2 助成金は、年度内1回といたします。
3 請求金額は事業主の会費負担額により異なります。
4 添付書類については、受検者氏名、受検項目が明確になるものが必要です。
5 現金受領には、印鑑をお持ちください。

受領方法 (いずれか一つを選んでください。)	① 本人受領	上記助成金を受領しました。 年 月 日 受領者氏名					印 (代表者印)
	② 委任受領	委任状 私は上記助成金の受領を _____に委任します。 年 月 日 代表者(事業主)氏名 (代表者印) 印			領収書 左記条件に基づき上記助成金を受領しました。 年 月 日 受領者氏名 印		
	③ 振込	上記助成金を下記口座に振込んでください。					
	金融機関名	銀行	金庫	本・支店名	本店・支店 本所・支所		
口座番号	普通・当座 どちらかに○				フリガナ 口座名義人		

※口座名義は事業所名もしくは事業主名のみとします。

給付番号

No. ~
No.

入力

受付印

●コピーしてご利用ください。