

定期健康診断受診料補助金交付申請書

申請年月日 年 月 日

(一財) 加古川勤労者福祉サービスセンター代表理事 様

申請者

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

_____ 印

定期健康診断受診料補助金の交付を受けたいので、一般財団法人加古川勤労者福祉サービスセンター定期健康診断受診料補助金交付規程により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 補助申請者数

_____ 人

2 補助金申請額

--	--	--	--	--	--

円

3 添付書類

- (1) 受診者名簿 および 受診日
- (2) 領収書 (写し)

(事務局記載欄)

局長	担当係長	担当係長	係

振込日	受付