



コピーしてご使用ください。
申請は、郵送または直接窓口をお願いします。

人間ドック・健康診断補助金申請書

平成 年 月 日

請求金額				千			円
------	--	--	--	---	--	--	---

上記金額の受診料補助金を請求いたします。

公益財団法人 長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

受診日	平成	年	月	日	～	月	日	
補助対象額(受診料金)								備考
20,000円以上の場合								別紙受診者名簿 のとおり
10,000円以上20,000円未満の場合								
1,500円以上10,000円未満の場合								
1,500円未満の場合								

事業所番号	<input type="text"/>
事業所名	<input type="text"/>
事業主氏名 または会員氏名	<input type="text"/>

振込依頼書

補助金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		銀行・金庫 ・信用金庫		本店
預金 種目	1. 普通 2. 当座	口座番号	(フリガナ)	
		<input type="text"/>	口座名義	

(右詰めでご記入ください)

※「受診者名簿(兼受診者証明書)」(56ページ)と個人別領収書のコピーを添付してください。事業所合算の領収書の場合は、「受診者名簿(兼受診者証明書)」(56ページ)に医療機関等の証明を受けて、郵送または直接窓口へ提出してください。

※補助対象額(受診料金)は受診者が医療機関に支払った金額です。

※預金種目、口座番号、口座名義、フリガナは正確に記入してください。

※申請期限は受診後1年以内です。

※ボールペンで記入し、押印が必要です。

受付印
<input type="text"/>

振込日	入力済印
平成 年 月 日	<input type="text"/>