



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)	補助額	人数	金額	備考				
20,000円以上の場合	5,000円	名	円	別紙受診者名簿 のとおり				
10,000円以上20,000円未満の場合	3,000円	名	円					
1,500円以上10,000円未満の場合	1,500円	名	円					
1,500円未満の場合	実費を補助	名	円					

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)

※受診者名簿と個人別領収書のコピー、または事業所合算の領収書の場合は受診証明書を添付し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"/>