

要綱第9条関係（様式第4号）

健康審査受診料補助金交付申請書

年 月 日

（一財）焼津市勤労者福祉サービスセンター
理事長 様

会員番号

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

会員住所

会員氏名

㊞

事業所名

一般財団法人 焼津市勤労者福祉サービスセンターの補助事業実施要綱第9条第2項の規定により補助金を交付されるよう申請します。

受診料本人負担額	円
生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
受 診 年 月 日	年 月 日
受診医療機関名	

領収書添付
必ず受診者氏名が記載された領収書（コピー可）を添付

※申請期限は、受診日から3ヶ月です。

補助金 円

サービスセンター処理欄

事務局長	入力	係	受付