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

一般財団法人 焼津市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名	

会員番号	╳										
会員住所											
会員氏名											㊞

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
会 員 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ヶ月以内です。

サービスセンター処理欄

決　　裁			
事務局長	入力	係	受付

補助金　　円