

人間ドック・脳ドック補助申請書（個人申請用）

江東区勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

会員番号	6	0	1	5	9	1													
------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 本ページをコピーしてご利用ください。

所属事業所	フリガナ	
	会員氏名	
会員住所	〒	電話番号 ()

※日中10:00~17:00に連絡のつく番号をご記入ください

利用施設名		利用日	令和 年 月 日
施設への 支払額	円	補助額	5 0 0 0 円

※ 口座振込の場合下記振込先欄にご記入ください。

振 込 先 (請求人名義)	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合	支店コード	支店 出張所
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	(カタカナ記入)		氏名	振込先に上記金額をこの口座に振り込んでください。
	口座名義人			印

※ 証明書類（受診者、受診日、人間ドック受診、支払額がわかるもの）を添付してください。

※窓口受領の場合

委任状
令和 年 月 日
代理人氏名 _____ 人間ドック・脳ドック補助の受領を 上記代理人に委任します。
会員氏名 _____ 印

領収書	
金額	千 百 十 円
¥ 5 0 0 0	
上記の金額を領収しました。	
令和 年 月 日	
氏名 _____	印

※ ご記入いただいた個人情報は、当該利用補助支出目的以外には利用しません

【事務局記入欄】

受付	入力	支払	所長	事務局長

証明書類 領収書
 その他
()

確認者 _____
※確認者は領収書等に受付印を押す

受付印