

人間ドック・脳ドック補助申請書（事業所申請用）

江東区勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

事業所が所属する従業員の人間ドック・脳ドック受診に対し、補助金の請求を行う申請書です。

本申請書にてご請求いただきます補助金は、**事業所様口座**への返金となります。

※従業員が個人で申請し、個人口座へ返金する場合は、個人用に申請書（P65を使用してください）

金額								円
----	--	--	--	--	--	--	--	---

（申請人数 人 × 5,000円）

ご担当者記入欄

事業所名		事業所住所	〒		—	
フリガナ			事業所 電話番号	日中ご連絡の取れる電話番号		
ご担当者 氏名				—	—	
利用 施設名			施設への 支払額	円		

受診者

124064								フリガナ	-----	利 用 日	R	年	月	日
								会員氏名	-----		R	年	月	日
124064								フリガナ	-----		R	年	月	日
								会員氏名	-----		R	年	月	日
124064								フリガナ	-----		R	年	月	日
								会員氏名	-----		R	年	月	日

※証明書類（領収書）は受信者名・受診日・人間ドック／脳ドック受診・支払額がわかるものを添付のこと。

※検診料など表示されている場合は医療機関に「人間ドック」「脳ドック」と記載してもらってください。

※請求期間は受診日から1年以内です。

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合		支店 出張所		支店コード		
	口座の種類	普通・当座	口座番号					
	(カタカナ記入) 口座名義人							

※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】

1. 氏名 2. 住所 3. 電話(携帯等)	
4. その他 ()	
入力	

発券番号				
受付	入力	支払	所長	事務局長

受付印