

香ト協 健康診断受診助成 様式1(別紙) (係)	確認番号 ○協健	受付印
--------------------------------	-------------	-----

協会 登記大欄

※協会印欄

(一社)香川県トラック協会長 殿

所在地 高松市
 会社名 ○×運送株式会社
 代表者名 代表取締役 ○×太郎 印

“会社印”を
お忘れなく。
(コピー不可)

令和○年度 定期健康診断受診料助成金交付申請書(兼請求書)

定期健康診断受診促進助成金交付要綱第○条に基づき、貴協会の助成を受けたく下記のとおり申請いたします。

記

1. 助成請求金額等

助成請求金額	7,500 円
受診者数	5 名
助成上限数(※) (事業用トラック保有台数)	5 台

※：令和4年4月1日時点の事業用トラック保有台数が、助成上限数となります。

ただし、令和4年2～3月に受診され助成請求された場合は、その時点の保有台数を助成上限数とします

2. 振込先

振込先金融機関名	○×△	銀行 信用金庫 信用組合	□▼◇	支店
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)	0 1 2 3 4 5	
フリガナ	マルバツウソウ ダイヒョウトリシマリヤク マルバツタロウ			
氏名 (預金口座名義)	○×運	太郎		

3. 担当(申請会員事業者)

TEL	012-3456-789
FAX	789-6543-210

記入者(担当者)のお名前
 太郎 次郎

【添付書類】

- 定期健康診断受診者名簿(様式2)
- 検査医療機関発行の請求書の写(助成申請事業者あてのものに限ります。)
- 検査医療機関発行の領収書の写(助成申請事業者あてのものに限ります。)

※領収書の写は、振込金受取書等の写でも可

提出期限:令和○年○月○日(○)香ト協必着

“添付書類”を
お忘れなく。