

香ト協
健康診断受診助成
様 (係)
協 会

確認番号
○ 協 健
記 入 欄

受付印

(一社)香川県トラック協会長 殿

所在地 高松
会社名 ○×運送株式会
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 |

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 | | | | | | |

記入者(担当者)のお名前

3. 担当(申請会員事業者)

| | | | |
|---|------|-----|--------------|
| 〒 | △△次郎 | TEL | 012-3456-789 |
| | | FAX | 789-6543-210 |

“添付書類”を
お忘れなく。

【添付書類】

- (1) 定期健康診断受診者名簿(様式2)
- (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。)
- (3) 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