

# 健康診断受診費用助成金申請書

申請金額

					円
--	--	--	--	--	---

内 訳

上記金額の助成金の交付を申請します。

米子市勤労者福祉サービスセンター 様

平成 年 月 日

**【申請者】**

事業所名

\_\_\_\_\_

事業所番号

--	--	--	--	--	--

事業主名

\_\_\_\_\_

印

電話番号 (

— —

)

会員番号	会員名(該当者)	受診医療機関	受診日

**【添付書類】**

\*受診医療機関の領収書(写)

\*会員個々の受診料がわかるもの(写)

※ 振込先は、事業所の登録口座となります。

処 理	事務局長	合 議	担 当	入 力

受 付 印