

会員事業所健康診断利用補助申請書

(公財) 松阪市勤労者サービスセンター
常務理事様

事業所名 _____ ㊟

代表者名 _____

下記のとおり、松阪市健診センター（指定管理者 松阪地区医師会）による健康診断を実施したので、補助申請を致します。

平成 年 月 日申請

実 施 日 平成 年 月 日

場 所

ひとり当たりの受診費用 円

受 診 総 人 数 名

(a) うち会員本人数 名

補 助 申 請 額
1,000円×【(a)】名= 円

◎補助金振込先金融機関

銀 行
信用金庫
労働金庫

本店・支店
出張所

1. 普 通
2. 当 座

口座番号

フリガナ

口座名義

常務理事・局長

事務局次長

主幹・係長

事業係長

係

受付印