

会員事業所巡回検診利用補助申請書

(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、松阪地区歯科医師会による巡回検診を利用したので、補助申請を致します。
*必ず「受診者名簿」を添付し、ご提出ください。

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 300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	事業主任	係	受付印