

生活習慣病予防検診・人間ドック受診助成金交付申請書

公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター理事長 様

平成 年 月 日

下記のとおり、生活習慣病予防検診・人間ドック受診助成金の交付を申請いたします。

受診会員数	名
受診日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
助成金	円
添付書類	領収書及び受診者名簿（写し可）

上記申請のとおり相違ないことを証明します。

事業所番号

事業所名

代表者名

印

※太線の中だけご記入下さい。

事務局使用欄

決 済	事務局長	次長	係	係	係	台帳	入力

振込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日