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

令和　　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	令和　　年　　月　　日　～　令和　　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

※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	令和　　年　　月　　日
受付日	令和　　年　　月　　日