

※各年度1会員につき、人間ドックか健康診断
いずれか1回の補助金申請となります。

Ⅱ - 3

令和 年 月 日

定期健康診断受診料補助金申請書

調布市勤労者互助会会長 様

定期健康診断受診料補助について下記の通り領収書を添えて申請いたします。

※太線の枠内のみご記入ください。

事業所名					事業所番号										
事業所所在地															
代表者名										印					
会員番号 (個人)				フリガナ 会員氏名				会員番号 (個人)				フリガナ 会員氏名			
1								9							
2								10							
3								11							
4								12							
5								13							
6								14							
7								15							
8								16							
備考				適・否 () 振込処理 . . .				補助額合計@2,000×				名 円			

振込依頼書

上記金額の受領について、下記口座に振り込んでください。

銀行名	銀行・信金 信組・農協	支店	普・当 貯・他	口座番号	
口座名義人 (カタカナ)					

※ご記入いただいた個人情報は適正に管理し、本件以外の目的には利用しません。