

整理番号

令和 年 月 日

公益財団法人 河内長野市勤労者福祉サービスセンター
理事長 西口 栄一様

健康管理補助申請書

下記のとおり（人間ドック・生活習慣病予防検診）を受診しましたので、必要書類を添えて補助金申請します。なお、補助金は下記の口座に振り込んで下さい。

会員番号	—	請求者氏名	印
事業所名		年齢	歳
受診機関	所在地	種別	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診
	名称		
受診日	令和 年 月 日	受診料金	円

金額	¥	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---

振込先	金融機関名	
	支店名	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	<input type="checkbox"/> 座名義	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 座番号	

【添付書類】受診者名と受診料金が確認できるもの（領収書等の写し）を添付してください。

受付日	令和 年 月 日					事務処理
決裁	局長	次長	課長	係	担当者	<input type="checkbox"/> 受給資格確認 <input type="checkbox"/> 添付書類確認 <input type="checkbox"/> カード記入
決裁日	令和 年 月 日	振込日	令和 年 月 日			