様式第12号

一般財団法人 磐田市勤労者福祉サービスセンター

# 人間ドック等受診料補助金交付申請書

2019年　○月　○日

事業所名　（株）磐田商事

代表者氏名　磐田太郎　印

下記のとおり人間ドックを等を受診しましたので、サービスセンター補助事業実施要綱に基づき、補助金の交付を申請します。

記

金　7,000　円

35歳以上の会員、受診料の相当額で、かつ、7,000円限度
100円未満は切り捨てとなります。

受診した会員

住　所　磐田市福田400

氏　名　福田正夫

会員番号

| （事業所番号） | | | | | （個人番号） | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 0 | 6 | 3 | 0 | 0 | 3 |

チェック項目　☑ 会員は35歳以上である。　☑ 領収書添付

1　受　診　日　2019年　○月　○日

2　受診医療機関名　福祉病院

3　受診者氏名が記入された領収書のコピーを必ず裏面に添付してください。

この個人情報は、補助金交付事務に限り使用します。