

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

2021年 ○月 ○日

事業所名 **(株) 磐田商事**

代表者氏名 **磐田和夫**



※代表者の印は省略可能です

下記のとおり人間ドック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**

(事業所番号) (個人番号)

会員番号

1 0 0 6 3 0 0 3

氏名 **福田正夫**

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 **2021**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。