

健康診断補助金申請書

年 月 日

稲城市中小企業勤労者福祉

サービスセンター理事長 殿

健康診断補助金について、領収書等を添えて申請します。

会員氏名 (No.)	⑩	電話番号	
会員住所	〒 -		
事業所名 (No.)		電話番号	
病院名			
利用年月日	内 訳	利用会員氏名	補助金額
年 月 日	上記会員		円
	会 員 (No.)		円
合 計			円

備 考

- 対象は会員のみです。 会員2人まで申請できます。
- 補助金は年1回2,000円です。(利用後3ヵ月以内に申請して下さい)
ただし、利用料金が2,000円未満の場合は、実額です。
- 領収書(原本)または自己負担したことを証明できる書類等を添付して下さい。
- 申請時には、念のため**印鑑をご持参**下さい。
なお、印鑑は印影の保存が確実な朱肉**使用のもの**に限ります。

受 付 者