

人間ドック利用補助金申請書

年 月 日			
一般社団法人 稲城市中小企業勤労者福祉 サービスセンター理事長 殿			
人間ドック利用補助金を申請します。			
会員氏名 (No.)		電話番号	
事業所名 (No.)			
受診医療機関	受診年月日	補助金額	受領印
	年 月 日	2,000円	Ⓜ

備 考

1. 対象は**会員のみ**です。
2. 申請は年1回です。
3. 領収書(原本)を添付し申請してください。
4. Ⓜの欄はサインでもOKです。

※振込手数料削減ため、選択事業補助と同時に申請してください。

局長	担当		
支払(振込日)	入力	受付	
	/		