

人間ドック・脳ドック等助成金交付請求書

提出前に
チェックしましょう

- 自己負担が 14,000 円以上か
- 35 歳以上か
- 受検後 3 ヶ月以内か
- 領収証に人間ドック・脳ドック等の記載があるか

年 月 日

大和市勤労者サービスセンター理事長 あて

会員番号 _____

請求者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

大和市勤労者サービスセンター人間ドック・脳ドック等助成金を次のとおり請求します。
なお、助成金については、サービスセンターに届け出の事業所口座に振込んでください。

1 請求金額				千	5	0	0	0	円
2 受検日	年 月 日								
3 医療機関名	病 院 診療所								
4 添付書類	<input type="checkbox"/> 受検を証明する領収証								
上記事項は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所番号 _____ 所在地 _____ 事業所名 _____ 代表者名 _____									

者代
印表

※サービスセンター使用欄

決 定 欄	<input type="checkbox"/> 請求のとおり交付する <input type="checkbox"/> 次のとおり変更して交付する（理由 _____） <input type="checkbox"/> 交付しない（理由 _____）								
決 定 金 額				千					円
担 当	係 員	次 長	事務局長	受付	・	・			
				決裁	・	・			
				施行	・	・			