書式9

助成金請求書（人間ドック受診）

年　　月　　日

一般社団法人　野田市中小企業勤労者福祉
サービスセンター会長　宛

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　電　話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　ＦＡＸ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

下記のとおり、人間ドック受診の助成を受けたいので請求します。**（40才以上の会員のみ対象）**

登　録　番　号	氏　　名（フリガナ）	性 別	生　年　月　日
－　　－		男･女	年　　月　　日（　　才）
住　　所			電　話　番　号
〒　　-			（　　）

請 求 金 額

円

※金額は記入しないでください。

○受診年月日

年　　月　　日　～　　月　　日（ 日帰り ・ 一泊）

※申請期間は受診日より3ヵ月以内とする。

○受診医療機関

名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○振込先銀行口座

銀行名	支店名	口座種類	口座番号	名義人
銀行	支店	普　通 当　座		

【サービスセンター事務欄　以下は記入しないでください】

受 付 印
窓口・郵送

支払日	備　　考
／	