【様式１】

捨印

　　年　　月　　日

（公社）奈良県トラック協会

　　　　　　　　会　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 社 名　　　　　　　　　　　　　　　　　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

定期健康診断受診促進助成金交付申請書

定期健康診断受診促進助成金交付要綱第６条に基づき、下記のとおり申請します。

記

請求金額 　　　　　　　　　　　　 円（金額訂正不可）

　　　　（２，０００円×受診人数）

１．診断実施年月日

　　　　　　　年　　月　　日

２．受診人数

　　　　 　人

３．振込金融機関

　金融機関名　　　　　　　　　　本・支店名

　ふりがな

　口座名　　　　　　　　　　(普通・当座)口座番号

４．申請担当者

　氏名　　　　　　　　　　 　連絡先

５．添付書類

　□定期健康診断受診者名簿

　□医療機関の領収書（受診人数記載のもの）

　□医療機関の領収書が無い場合は、請求書（受診人数記載のもの）及び金融機関の領収印のある振込通知書

【様式２】

定期健康診断受診者名簿

事業者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | ふ り が な | № | ふ り が な |
| 氏　　　　名 | 氏　　　　名 |
| １ |  | 16 |  |
|  |  |
| ２ |  | 17 |  |
|  |  |
| ３ |  | 18 |  |
|  |  |
| ４ |  | 19 |  |
|  |  |
| ５ |  | 20 |  |
|  |  |
| ６ |  | 21 |  |
|  |  |
| ７ |  | 22 |  |
|  |  |
| ８ |  | 23 |  |
|  |  |
| ９ |  | 24 |  |
|  |  |
| 10 |  | 25 |  |
|  |  |
| 11 |  | 26 |  |
|  |  |
| 12 |  | 27 |  |
|  |  |
| 13 |  | 28 |  |
|  |  |
| 14 |  | 29 |  |
|  |  |
| 15 |  | 30 |  |
|  |  |