【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 

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

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）

（一般 ２，０００円×受診人数＋高年齢者【５５歳以上】 ２，５００円×受診者数）

１．受診年月日

　　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日

２．受診人数

一　般　　　 　　　　　　　人

高年齢者　　　　　　　　 　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．添付書類

□定期健康診断受診者名簿

□高年齢者については、年齢が確認できる証明書（運転免許証等）の写し

□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２－１】

定期健康診断受診者名簿

（一般）

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 |  |
|  |  |

【様式２－２】

定期健康診断受診者名簿

（高年齢者）

事業者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | ふ り が な | 生　年　月　日 |
| 氏　　　　名 |
| １ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ２ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ３ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ４ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ５ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ６ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ７ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ８ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ９ |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 10 |  | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
|  |