　　　　　　　　　　 【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 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

（一般 ２，０００円×受診人数＋高年齢者【５５歳以上】 ３，５００円×受診人数）

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

　　フリガナ

　　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）の写し

□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の写し