【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

脳健診受診促進助成金交付申請書

脳健診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）

　　　　　　　　　　　（２０，０００円×受診人数）

1. 受診者名及び受診年月日　　様式２のとおり

２．受診人数　　　　　　人（１社、上限１０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

　　□受診者名簿（様式２）

□受診者の運転者台帳の写し

　　□受診にかかる領収証（受診者名記載）の写し

※領収証がない場合は、受診にかかる請求書（受診者名記載）の写し及び金融機関等の振込依頼書等の写し

□受診結果の写し（受診者名、受診日、検査項目が記載されたもの）

　※受診結果はスミ消し可。