



【様式1】
年 月 日

(公社) 奈良県トラック協会
会 長 殿

住 所
会 員 名
代表者名
T E L
担当者名
印

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】 3,500円×受診人数)

1. 受診年月日

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

2. 受診人数

一 般 _____ 人 高年齢者 _____ 人

3. 振込先

金融機関名			支店名							
預金種類 (該当に○)	普通	当座	口座番号							
フリガナ										
口座名義										

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
 - 受診にかかる領収証 (受診者名、受診日及び受診料(単価)記載) の写し **(事業者宛のものに限る。従業員個人宛は不可。)**
- ※領収証がない場合は、受診にかかる請求書 (受診者名、受診日及び受診料(単価)記載) の写し及び金融機関等の振込依頼書等の写し

**定期健康診断受診者名簿
(一般)**

会員名

No.	ふりがな 氏 名	No.	ふりがな 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	

定期健康診断受診者名簿
(高年齢者)

会員名

No.	ふりがな 氏 名	生 年 月 日
1		年 月 日
2		年 月 日
3		年 月 日
4		年 月 日
5		年 月 日
6		年 月 日
7		年 月 日
8		年 月 日
9		年 月 日
10		年 月 日