|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請番号 | |  |  |  |  |
| 人間ドック・脳ドック受診料補助金申請書   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |   (公財)駿東勤労者福祉サービスセンター理事長 様   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 会員番号 |  |  |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 氏　　名 |  | | | | | | | ㊞ | | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | (40歳以上が対象) | |   下記のとおり人間ドック・脳ドック受診料補助金の給付を、検診機関の領収書(写)を添えて申請します。  記   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 補助金申請額 |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 受診内容 | **人間ドック　・　脳ドック** | | | | | | | | | 2 | 受診日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  | | 3 | 医療機関の名称 |  | | | | | | | | | 4 | 受診料のうち本人自費負担額 | |  | | | | | | 円 |   **※付加(オプション)検診料は計算に含みません。**  **※人間ドック・脳ドック以外の健康診断等は補助対象になりません。**  **振込依頼書**  上記の金額を下記口座にお振込みください。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 振 込口座 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 銀行  金庫  農協 | |  | | | | | 本店  支店  出張所 | | | 預金者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 金融機関  店ｺｰﾄﾞ |  | |  | |  |  |  |  | |  | | 預金種目 | 1.普通　2.当座 | | | | | | | | | | | 口座番号 |  | |  | |  |  |  |  | |  |   ※通帳を確認の上、記入ください。 | | | | | | | |
| 補助金( |  | | | | | 円)を領収しました。 |

**FAX不可**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 給付 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ㊞ |

**※口座振り込みを希望の方は、上記領収書に記入捺印の必要はありません。**