

定期健康診断受診補助申請書

(年度分)

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

事業所番号					
事業所名					
事業所住所	(〒 -)				
	TEL	-	-	FAX	- -
代表者氏名					
受診日	年 月 日				
補助金	名 × 500 円 合計 円				

上記金額の受診料の補助金を申請します。

《添付書類》 定期健康診断受診会員名簿 (別紙)、
医療機関の定期健康診断受診の領収書またはそれを証明できるもの

※申請時に現金で受領することができますので、印鑑を持参してください。

事務局長	係	担当

受付印

受領書

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

受領金額	名・金 円 定期健康診断受診補助金 受領しました。		
会員番号	氏名		印
事業所名			