

決 裁	局 長	係

申請番号

一般健診・生活習慣病健診受診料 補助金交付申請書

年 月 日

(一財)藤枝市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

代表者氏名

印

事務担当者氏名

下記のとおり受診料の補助金を申請します。

1. 補助金申請額

2. 受診者氏名

会員番号

--	--	--

（ 他 名 ）

3. 受診日

年 月 日

4. 医療機関名

5. 添付書類

• 受診を証明する領収書等

• 2名以上の申請は対象受診者名簿

※サポートふじえだ指定書式を使用してください

※対象受診者名簿には申請書に記載の受診者も入れてください