

申請番号

決 裁	局 長	係

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 ㊞

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 _____
(他 名)

個人番号

--	--	--

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