

定期健康診断受検助成金交付申請書

受検者人数（会員）× 800円（1人あたり）

申請金額	円
------	---

別紙のとおり定期健康診断を受検したので、下記のとおり申請します。

事業所番号			事業所 電話番号							
事業所名										
事業所所在地	〒									
振込先口座 (事業所)	金融機関コード						支店コード			
	銀行・信用金庫・信用組合						支店			
	1. 普通	2. 当座	口座番号							
	ふりがな	-----								
預金名義人										
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____</p> <p style="text-align: right;">代表者名 _____ (印)</p>										

公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 あて

事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 員	係 員