

ストレスチェック実施助成金交付申請書

実施者人数（会員）×300円（1人あたり）

申 請 額	円
-------	---

別紙のとおりストレスチェック検査を実施しましたので、上記の助成金を請求します。

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)	医療機関コード		
	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>上記のとおり請求します。</p> <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> <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</p>			

※この請求書に医療機関の領収書（写し可）を添付してください。

事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 員	係 員