

健康診断等助成金交付申請書

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 宛

下記のとおり健康診断等助成金を申請いたします。

【申請者】	申請日	年	月	日
事業所番号		電話番号		
事業所名				
代表者名	(印)			
事業所所在地				
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 受検者名簿 <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書(写し可)			
支払通知	要・不要	メールアドレス		

※領収書の受検項目が明記されているものを添付してください。

項目の明記がない領収書では、助成できません。

※インターネットバンキング等でお振込の場合は、請求書と振込明細を添付してください。

※お支払日及び助成金額についてのご案内は、事業所指定のメールアドレスで通知させていただきます。

通知をご希望の場合は、忘れずにメールアドレスのご記入をお願いします。

※助成金は、月末までに受けた申請に対し、翌月末に登録されている事業所口座(会費引落口座)へお振込します。

【助成金申請額】	_____ 円
----------	---------

【助成金額内訳】		
定期健康診断[800円/人] (別紙1)	_____ 名	_____ 円
生活習慣病予防健診 一般健診[800円/人] (別紙2)	_____ 名	_____ 円
* 生活習慣病予防健診 付加健診 (別紙2)	_____ 名	_____ 円
* 人間ドック (別紙2)	_____ 名	_____ 円
* インフルエンザ予防ワクチン[500円/人] (別紙3)	_____ 名	_____ 円
* 肺炎球菌ワクチン[1,500円/人] (別紙3)	_____ 名	_____ 円
ストレスチェック[300円/人] (別紙4)	_____ 名	_____ 円

*…受検者本人へ支給分

【センター処理欄】						
事務局長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	係員