

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 あて

下記のとおり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	Ⓜ		
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]	_____ 名	_____ 円
* 人間ドック	_____ 名	_____ 円
* インフルエンザ予防ワクチン[500円/人]	_____ 名	_____ 円
* 肺炎球菌ワクチン[1,500円/人]	_____ 名	_____ 円
ストレスチェック[300円/人]	_____ 名	_____ 円

* …受検者本人へ支給分