

記入例 11



健康管理助成金交付申請書

令和 2 年 6 月 10 日

(一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

健康管理助成金について、次のとおり交付申請します。
 なお、助成金は下記口座へ振り込んでください。

申請者の中のおいづれか

請求 代 表 者	事業所名	(株)倉敷産業	事業所番号	2 3 4 5	請 求 金 額
	会員氏名	倉敷太郎	会員番号	0 0 0 1	
	住 所	倉敷市西中新田640	電話 1 自宅 ② 勤務先 (086)426-3417	17,000 円 (2 名分)	

会 員 番 号	会 員 氏 名	印	受診日・医療機関名	自己負担額	助成額*
2 3 4 5 0 0 0 1	倉敷太郎	(倉敷)	R2年6月1日 倉敷中央病院	32,000円	10,000円
2 3 4 5 0 0 0 3	児島花子	(児島)	R2年6月1日 倉敷中央病院	22,000円	7,000円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円

助成金振込先	金融機関名	中国 銀行 倉敷 本店 信用金庫 支店	預金の種類	① 普通 2 当座
	口座番号	0 0 1 2 3 4 5	フリガナ	クラシキ タロウ
		口座名義人	倉敷太郎	

*助成額計算式 = (自己負担額 (千円未満切捨て) - 8,000円) ÷ 2

注1) 人間ドックなどの検診と判明できる領収書を添付してください。(レシート不可)

注2) 助成は10,000円が限度額になります。

事務局長	次 長	主 任	担 当	入 力

受 付 印

(複写してお使いください。)