

(事業所負担用)

# 小田原市勤労者サービスセンター健康診断助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

小田原市勤労者サービスセンター理事長 様

事業所コード  
申請者 事業所名  
事業主名

代表者印

私は、別紙受診者名簿記載の者が健康診断を受診したことを証明します。

助成金の支払いなどの判断に関する業務の目的のために個人情報を利用されることに同意し、次のとおり申請します。

1 助成金申請額	円
2 振込先 下記いずれかに○を付けてください。 ア. 事業所登録口座 イ. 事業所指定口座 「イ」選択時、右記に記入ください。	(金融機関名) 信用金庫・銀行・農協 支店 信用組合・郵便局 普通・当座 (口座番号) ----- (口座名義人、フリガナも)
3 受診日	令和 年 月 日
4 医療機関名	病院 診療所
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 受診を証する領収書 <input type="checkbox"/> 受診者名簿

注 申請期間(事由発生から6箇月以内)が過ぎた場合、無効となりますので、速やかに申請してください。

上記のとおり、交付してよろしいか。

決裁日	・	・	理事長	事務局長	事務局員	担当者
交付日	・	・				