

豊見城市商工会集団検診者名簿

NO. _____

1. 事業所名 _____
 所在地 〒 _____ 所在地 _____
 電話番号 (_____) - _____
2. 担当者氏名 _____
3. 受診者数 (_____) 名 ※従業員数 : _____ 名
4. 受診者氏名

NO	ふりがな 氏名	生年月日	性別	住 所
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

豊見城市商工会
会長 上原 直彦 殿

所在地
名称
電話番号
代表者氏名

印

令和 5 年度健康維持増進支援事業助成金申請書

下記のとおり、受診いたしましたので助成金を申請します。

記

1. 受診料金 金 _____ 円

2. 受診者数 _____ 名

※助成額については、予算範囲内とし、一人当たり 2,400 円または一事業所当たり 10,000 円が上限となります。(※申込者多数の場合は、予算の都合上助成額に変動がございますので予めご了承下さい。)

※添付書類

①医療機関からの受診証明

様式 1 「商工会集団検診者名簿」に受診者氏名を記入下さい。

②医療機関の支払明細書の写し（受診料を支払った証明になるもの）。

※領収書または請求書(申請申込に間に合わない場合:後で提出の事)の写し
(振込先口座)

金融機関名・支店名	預金の種類	口座番号	口座名義（ふりがな）
_____ 銀行	普通		
_____ 支店	当座		

申請期日：令和 5 年 1 2 月 2 1 日（木）まで