

健康管理費補助申請書

下記のとおり健康管理費補助金の交付申請をいたします。

人間ドック・脳ドック

利用施設名	
受診日	年 月 日 ~ 年 月 日
補助金額	5,000円

成人病予防検診・一般健康診断

利用施設名	
受診日	年 月 日
補助金額	3,000円

年 月 日

岸和田市勤労者互助会会長 様

事業所名

会員番号

申請人(会員)

㊟

※自署の場合は押印不要

受取方法

①口座振込方式

②現金受取方式

金融機関名	銀行	本、支店
フリガナ		
口座名		
口座番号	当座、普通	

必要書類として健康管理費の領収書を裏面に添付いたします。