　　　　　　　　　　 【様式１】

捨印

年　　月　　日

（公社）奈良県トラック協会

　　　　　　　　会　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

**定期健康診断受診促進助成金交付申請書**

定期健康診断受診促進助成金交付要綱第６条に基づき、下記のとおり申請します。

記

請求金額 　　　　　　　　　　　　 円（金額訂正不可）

（一般 ２，０００円×受診人数＋高年齢者【５５歳以上】 ３，５００円×受診人数）

１．受診年月日

　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

２．受診人数

一　般　　　 　　　　　　　人　　　　高年齢者　　　　　　　　 　人

３．振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 |  | | | | | | |
| 預金種類  （該当に◯） | 普通 | 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | |

４．添付書類

□定期健康診断受診者名簿

□高年齢者については、年齢が確認できる証明書（運転免許証等）の写し

□受診にかかる領収証（受診者名、受診日及び受診料(単価)記載）の写し**（事業者宛のものに限る。従業員個人宛は不可。）**

※領収証がない場合は、受診にかかる請求書（受診者名、受診日及び受診料(単価)記載）の写し及び金融機関等の振込依頼書等の写し