

人間ドック等補助金請求書

所属事業所名			
氏名		生年月日	年 月 日生

検診機関名		請求額	※
種類	受検日	確認印	※
1日コース	年 月 日	受検金額	円
2日コース	年 月 日 年 月 日まで	受検料 払込日	年 月 日

上記のとおり人間ドック・生活習慣病予防検診を受検しましたので、
受検料払込領収書を添えて補助金の請求をいたします。

年 月 日

(あて先)

大阪狭山市勤労者互助会会長

氏名

㊟

口座振替依頼書

(あて先)
大阪狭山市勤労者互助会会長

氏名

㊟

大阪狭山市勤労者互助会から支給される人間ドック等補助金は、私名義の
下記口座へ振込願います。

記

金融機関名	本・支店名										
銀行 信用金庫	本店 支店										
預金種類及び口座番号	口座名義人										
普通・当座 No. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

※印は記入しないで下さい。