

(様式1号)



## 平成29年度 定期健康診断受診料助成金交付申請書

平成 年 月 日

公益社団法人 広島県トラック協会  
会長 小丸成洋殿

住 所  
氏名又は名称  
代表者名  
電話番号  
FAX番号  
担当者氏名



標記につきまして、下記のとおり受診しましたので、助成金の交付を申請します。

記

助成金申請額 金 円 ( 名分)

### 1. 助成金申請内訳

検査実施期間		検査医療機関	
自平成 年 月 日	所在地		
至平成 年 月 日	名称		
受診者数	事業用トラック 保有車両台数 (当該年度4月1日時点)	助成対象人員限度数 保有車両台数 × 1.2 (端数切上)	助成金申請額 @1,000円 × 人員
人	台	人	円

### 2. 振込先

金融機関名								支店
口座番号	当座・普通	NO.						
口座名	フリガナ							

※協会本部へ提出して下さい。(記入漏れがある場合は、申請を受理できません。)

#### 【添付書類】

- (1) 定期健康診断受診者名簿 (様式2号)
- (2) 受診人数が記載された、検査医療機関発行の領収証の写 (事業所あてのものに限る)
- (3) 振込先確認のため、預金通帳の口座名義 (フリガナ、支店名) 記載ページの写

※ 検査医療機関が複数の場合は、内訳 (所在地、名称) を別紙 (任意様式) に記載し添付して下さい。