

※各年度1会員につき、人間ドックか健康診断
いずれか1回の補助金申請となります。

II - 4

平成 年 月 日

人間ドック受診料補助金申請書

調布市勤労者互助会会長 様

下記により、補助金交付を受けたいので領収書を添付して申請します。

事業所名 _____

申請者氏名 _____ 印

申請者会員番号

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

受診機関名 _____

受診年月日 平成 年 月 日 ~ 月 日

受診費用額 (税別) _____ (A) _____ 円

交付請求額 _____ (A) × 2分の1 (6,000 が上限) _____ 円

領収書には ○○ドックの名称と、受診者本人の名前が載っているものを添付してください。
○○ドックの名称がなくても、受診費用の自己負担額が1万円超の場合、補助金交付申請が
出来ることになりました。(複数の領収書の合算は不可)

振込依頼書

上記金額の受領について、下記口座に振り込んでください。

銀行名	銀行・信金 信組・農協	支店	普・当 貯・他	口座番号
口座名義人 (カタカナ)				

※ご記入いただいた個人情報は適正に管理し、本件以外の目的には利用しません。