

事務局長	事務局長補佐	事務局次長	担当者

※太線の中だけご記入下さい。

茨木市勤労者互助会健康管理補助金給付申請書

年 月 日

(申請先)茨木市勤労者互助会会長

事業所名 _____
 会員住所 _____
 会員氏名 _____ (印)
 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

下記のとおり受診したので、関係書類を添えて補助金を申請します。

記

1. 補助金額 _____ 円
2. 受診科目 人間ドック 生活習慣病予防検診
3. 受診年月日 _____ 年 月 日
4. 医療機関名 _____
5. 受診費用 _____ 円
6. 受取方法 口座振込方式(下記の口座に振込み願います。)

銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義
		普・当		(フリガナ)

処理欄	団・個別	事業所コード・会員番号	台帳整理	備考
	団・個	-		