

様式 1

脳ドック受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

一般社団法人京都府トラック協会 会長 殿

住 所
会社名
代表者名
電話番号

印

脳ドック受診

に係る助成金交付要綱を理解した上で第 5 条に基づき、下記のとおり申請(請求)します。

記

助成申請(請求)額 金 円

助成金額：G マーク有 15,000 円

G マーク無 受診料の 1 / 2 上限 10,000 円

1. 申請明細

脳ドック受診者人数	名
-----------	---

2. 添付書類

- ①脳ドック受診者名簿(別紙 1)
- ②検査機関への費用支払領収書の写し
- ③G マーク事業所は、有効期間内の認定証の写し
- ④助成金の振込先金融機関の通帳の写し

3. 振込先銀行口座

銀行等口座 (銀行・信用金庫・信用組合) 支店

口座番号 (普通・当座)

(フリガナ)

口座名

脳ドック受診者名簿

会 社 名 : _____

No.	氏 名	所 属 営 業 所 名	検 査 機 関 名	受 診 年 月 日
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

注) 本申請に記載された個人情報、脳ドック検査受診に係る事実確認のため当該検査実施機関に照会する場合を除き、第三者への開示はいたしません。