

脳MRI 健診助成実績報告書
(助成金交付請求書)

一般社団法人茨城県トラック協会
会長 小倉 邦義 殿

住 所
事業者名
代表者名

印

当社所属の運転者に脳MRI 健診を受診させたので、貴協会の「脳MRI 健診受診助成金交付要綱」第6条に基づき必要書類を添えて助成金の交付申請をします。

記

助成金請求額 _____ 円 (但し _____ 名分)

[振込先銀行] _____ 銀行 _____ 支店

[口座種別] 普通 ・ 当座 (○印)

[口座番号] _____

フリガナ
[口座名義] _____

【添付書類】

- (1) 脳MRI 健診受診者名簿
- (2) 健診費用の請求書の写しおよび受診項目の確認できる書類の写し
- (3) 支払いを証明するものの写し (領収書・振込書等)

連絡先	担当者名 :	TEL :	FAX :
-----	--------	-------	-------

別紙

脳MRI健診受診者名簿

事業者名

代表者名



脳MRI健診助成申請に関し、以下の者が当社に勤務し運転に従事する40歳以上の従業員であり、脳MRI健診を受診したことを証明します。

No.	氏名	受診医療機関名	受診年月日	助成金額
1			年 月 日	円
2			年 月 日	円
3			年 月 日	円
4			年 月 日	円
5			年 月 日	円
6			年 月 日	円
7			年 月 日	円
8			年 月 日	円
9			年 月 日	円
10			年 月 日	円
合計				円