

脳MR I 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

脳MR I 健診受診助成金交付要綱第 6 条に基づき、関係書類を添えて助成金の支払い  
について下記のとおり請求します。

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] \_\_\_\_\_

協会受付印

【添付書類】

- (1) 脳MR I 健診受診者名簿(別紙)
- (2) 健診費用の請求書の写し
- (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 \_\_\_\_\_ 印

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