

年 月 日

定期健康診断受診助成実績報告書
(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

㊞

トラック運転者の定期健康診断検査助成金交付要綱第5条に基づき、関係書類を添え、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] _____

- 【添付書類】(1) 定期健康診断受診者名簿(別紙)
(2) 受診人数および1人当たりの受診料が確認できる書類
(請求明細書等)
(3) 支払いを証明するものの写し(領収書・振込書等)

協会受付印

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

別紙

定期健康診断受診者名簿

事業者名

代表者名

印

定期健康診断検査助成申請に関し、以下の者が当社に勤務し運転に従事する従業員であり、定期健康診断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
11			年 月 日	円
12			年 月 日	円
			合 計	円