

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

⑩

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MR I 健診受診者名簿

事業者名

代表者名 _____ 印

脳MR I 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MR I 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