

(様式第1号)

## 定期健康診断受検助成金交付請求書

|     |   |
|-----|---|
| 金 額 | 円 |
|-----|---|

定期健康診断を受検したので、上記の助成金を請求します。

なお、助成金については、下記の事業所口座に振り込んでくださるようお願いいたします。

令和 年 月 日

(一財) 水戸市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

事業所名

事業所住所

電話番号

代表者氏名

印

振込口座

|       |         |      |    |
|-------|---------|------|----|
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫 |      | 本店 |
|       | 組合・労働金庫 |      |    |
| 口座の種類 | 普通・当座   | 口座番号 |    |
| 口座名義人 |         |      |    |

※名簿、領収書(写)を添付してください。

|      |    |    |   |
|------|----|----|---|
| 事務局長 | 次長 | 係長 | 係 |
|      |    |    |   |