

(様式1号)

捨印

令和8年度 健康診断(脳ドック・心臓ドック)受診促進助成金交付申請書

令和 年 月 日

公益社団法人 広島県トラック協会
会長 小丸 成 洋 殿

住 所
氏名又は名称
代表者名
電話番号
FAX番号
担当者氏名

印

標記につきまして、下記のとおり受診しましたので、助成金の交付を申請します。

助成金申請額 _____ 円 ※ 申請は、1事業者1回限り。

1. 内訳 計 人 (詳細は、様式2号のとおり。上限1人1万円。)

受診者氏名 ※1事業者5人迄	検査費用 (円) ※消費税抜き	助成金交付申請額 (円) 検査費用の1/2以内。千円未満切り捨て。
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
助成金交付申請総額		円

2. 振込先

金融機関名	銀行コード番号	支店名	支店コード番号
口座番号	(1. 普通・2. 当座)	No.	
口座名	フリガナ		

※協会本部へ提出してください。(記入漏れ等がある場合は、申請を受理できません。)

3. 添付書類 (次のものを提出してください。)

- 脳ドック・心臓ドック受診者名簿 (様式2号)
- 検査医療機関発行の請求書の写 (受診人数、検査内容及び診断料 (単価) を記載したもの。)
- 支払いを証明する領収証の写 (振込金受取書等でも可。 事業者宛のものに限る。従業員個人宛は不可。)
- 振込先確認のため、預金通帳の口座名義 (フリガナ、支店名) 記載ページの写