

【様式 1】

健康診断受診料(脳ドック)助成金 交付申請書

令和 年 月 日

公益社団法人岩手県トラック協会長 殿

会 員 事 業 者 名

代 表 者 名

㊞

(公社) 岩手県トラック協会 健康診断 (脳ドック) 受診料助成事業実施要綱に基づき、下記の通り申請いたします。

記

申請金額	円
------	---

@受診料の 1/2(上限 15,000 円)× 受診者数
※受診料(税抜)が、15,000 円に満たない場合は、実費額(税抜)を助成
※税抜額の算出は、小数点以下切捨て

< 受診概況 >

受診医療機関等	受診年月日	助成額	受診者氏名
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	

< 振込先 >

銀行名		支 店 名	
預金種別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	
口 座 名 義			

< 添付書類 >

☐	領収書の写し	領収書が入手できない場合は、その他規定の支払いを証する書類(写) 詳しくは、健康診断(脳ドック)受診料助成金交付要綱(協会 HP)をご覧ください。 領収書名は、事業署名のみ対象。
☐	検査結果の写し	
☐	運転者台帳 (写真付) の写し	※写真なしの場合は免許証も添付