

# 健康事業補助金申請書

年 月 日

(公財) 燕西蒲勤労者福祉サービスセンター 御中

下記のとおり、領収書を添えて補助金を申請します。

## 記

■補助金申請する区分に☑して、太枠内記入し、会員氏名が確認できる領収書を添えて提出ください。

区 分 該当に☑する	<input type="checkbox"/> 人間ドック（上限4,000円補助） ※領収書はコピー可		<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査（上限500円補助） ※領収書はコピー可	
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種（1,000円補助） ※領収書は <u>原本</u> の提出		<input type="checkbox"/> 乳がん検診（上限500円補助） ※領収書はコピー可	
会 員 番 号	-		フリガナ	
			会 員 氏 名	
会 員 自 宅 住 所	〒 TEL			
受診医療機関名				
受 診 料	円			
受 診 日	年 月 日			
※補助金額が2,000円未満の場合は、タンポポ窓口で現金でのお渡しとなります。 ※補助金額が2,000円以上の方は、振込となりますので下記振込先のご記入をお願いします。 振込の場合は、FAX(0256-61-1431)又は、郵送(〒959-1263 燕市大曲3015番地)で受付いたします。				
人間ドック 補 助 金 振 込 先	銀行・金庫 組合・農協			本店 支店
	<input type="checkbox"/> 座 種別	1. 普通預金 2. 当座預金	<input type="checkbox"/> 座 番号	フリガナ <input type="checkbox"/> 座名義人 (会員氏名)

※1. インフルエンザ予防接種補助は、2,000円以上支払の領収書の原本提出となります。

※2. 補助金振込日は、毎月20日締め、当月月末振込み。(金融機関が休みの場合は翌営業日)

## 事務局使用欄

補助金額	人 間 ド ッ ク	個人負担した受診料 ( 円 ) ∴ 補助金 ( 円 )
	ピ ロ リ 菌 検 査	個人負担した受診料 ( 円 ) ∴ 補助金 ( 円 )
	インフルエンザ予防接種	個人負担した受診料 ( 円 ) ∴ 補助金 ( 円 )
	乳 が ん 検 診	個人負担した受診料 ( 円 ) ∴ 補助金 ( 円 )