

記入見本

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|

事業所記入用

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係員 |
| | | | |

保健事業 補助金支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|------------------|---------|---|----------------------------|---------------------|---|---------|---|---|-------------|
| ① 事業所情報 | 被保険者証 | 記号 | 事業所名称 | | | | | | | | | |
| | | <input type="text" value="1"/> | 適用事業所名称を記入してください | | | | | | | | | |
| | 事業主氏名 | (フリガナ) | 事業主氏名 | | | | 代表者自署の場合は押印は省略できます。 | | | | | |
| | 代表印 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | (〒 460 - 0011) 名古屋市 中区 大須 3 - 3 0 - 6 0 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | TEL | 052 | (| 269 |) | 3203 | | | | | | |
| ② 振込先口座 | 金融機関名称 | 金融機関名 | | 銀行 | | | 金庫 | | 信組 | | | |
| | 支店名 | | | 農協 | | | 漁協 | | 支店 | | | |
| | | | | その他 () | | | | | その他 () | | | |
| 預金種別 | 普通 | 当座 | 口座番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 左づめでご記入ください |
| 口座名義 | ▼カタカナで記入してください 口座名義を記入してください | | | | | | | | | | | |
| ③ 実施項目情報 | 補助金申請人数 | 3 | | 0 | 0 | 名 *実施日当日に当組合の資格がある方のみが対象です | | | | | | |
| | 補助金申請額 | | | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 円 | | |
| | 補助金支給申請を行う、項目に○をつけてください *1枚につき申請は1種類のみ | <input checked="" type="radio"/> インフルエンザワクチン予防接種 <input type="radio"/> B型肝炎抗体検査 <input type="radio"/> B型肝炎ワクチン接種 <input type="radio"/> 眼底検査 <input type="radio"/> 上部消化管検査 <input type="radio"/> 大腸がん検査 | | | | | | | | | | |

* 記入上の注意

- ①②③の項目はすべてご記入ください。
- インフルエンザワクチン・B型肝炎ワクチン接種の申請は、バイアルシールの添付が必要です。
- B型肝炎抗体・眼底・上部消化管・大腸がん検査の申請は、検査結果一覧の添付が必要です。
- 申請者一覧は当組合WEBサイト上の「保健事業 補助金申請 申請者一覧表」をご利用ください。事務効率化のため、「磁気媒体申請用」をご利用いただくようご協力お願いいたします。

————— 組合使用欄 —————