医療検査受診助成金交付申請書

年　　月　　日

一般社団法人草津市勤労者福祉センター　理事長　様

申請者　　会員番号　　－

事業所名

氏　　名

一般社団法人草津市勤労者福祉センターの各種助成金について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td>補助項目
(該当項目にチェック)</td><td colspan="2">内　　容</td><td>助成金申請額</td></tr>
<tr><td rowspan="3">□人間ドック
□脳 ド ッ ク
□PET 検 査</td><td>受 診 日</td><td>年　　月　　日</td><td rowspan="3">2万円以上の健診
２，０００円
5万円以上の健診
３，５００円</td></tr>
<tr><td>受診機関名</td><td></td></tr>
<tr><td>受 診 料</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>助成金申請合計額</td><td>円</td></tr>
</table>

※助成金交付の対象者は、会員本人のみです。
※助成金の申請は、受診後６ヶ月以内、必ず当該年度中に行ってください。
※個々に受診されても、総合で受診されても受診料の金額に応じ１年度内に１回限りの助成です。