

# 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 ー

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。

補助項目 (該当項目にチェック)	内 容		助成金申請額	
<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> PET 検査	受診日	年 月 日	2万円以上の健診 2,000円 5万円以上の健診 3,500円	
	受診機関名			
	受診料	円		
助成金申請合計額			円	

※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。