

受 付 印	
-------------	--

事務局長	代理	課長	係長・主任	担当	入力

FAX不可

健康診断受診助成金請求書

平成23年11月30日

(財)岡山市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

(財)岡山市勤労者福祉サービスセンター事業規則に基づき、下記の助成金を請求します。
 なお、助成金の受領については、下記の口座へ振り込んでください。

金 額	¥	1	8	5	0	0	円
-----	---	---	---	---	---	---	---

ただし、健康診断受診助成金として

- 指定医療機関で受診 @1,500円 × 11 名分 = 16,500 円
- その他医療機関で受診 @ 500円 × 4 名分 = 2,000 円

事業所番号 0 0 2 1 4

所在地 岡山市北区春日町5-6

事業所名 (株)ときめきプラザ

代表者名 代表取締役 岡山太郎

表
取
締
役
の
印
代
行

個人では請求できません。

←事業所代表者の印

医療機関名	セントラル・クリニック伊島 ○○病院 ○○クリニック ※受診機関が複数ある場合は、すべて記入してください。						
受診年月日	平成23年5月10日 ~ 平成23年11月8日 ↑受診後1年以内にご請求ください						
振込依頼口座	金融機関名	○○○ 銀行 信用金庫・信用組合					○○○ 店
	口座の種類	普通	当座	口座番号	0 0 0 0	1 1 1	右詰め
	フリガナ	カ) トキメキプラザ ダイヒョウトリシマリヤク オカヤマ タロウ					
	口座名義	(株)ときめきプラザ 代表取締役 岡山太郎 事業所口座または会費引落口座					