

川越市事業所従業員定期健康診断料補助金交付申請書

平成 年 月 日

(提出先)
川越市長

所在地
事業所名
事業主名
電話

印

従業員の健康管理と福祉向上を目的として労働安全衛生規則第44条の規定に基づく従業員の定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、定期健康診断料の補助金交付を申請します。

記

- 1 常時雇用従業員数 計 _____人 (男性 _____人・女性 _____人)
- 2 受診者人数 計①_____人 (男性 _____人・女性 _____人)
- 3 受診年月日 平成 年 月 日
- 4 受診医療機関名 _____
- 5 定期健康診断料 総額②_____円 一人あたり③_____円
(②÷① 円未満切捨て)
- 6 補助金請求額 ⑤_____円 (下記を参照してください。)
- ③×0.3=④ (円未満の端数切捨て・上限 3,000 円)

↓

④×①=⑤ (補助金請求額欄へ)
- 7 補助金の振込先 銀行 _____ 信用金庫 _____ 支店
- 8 口座種別及び番号 普通 当座 No _____
- 9 口座名義人
ふりがな
名義人 _____

※ 法人(個人)市民税の領収証書(写しでも可)を添付してください。