

令和 年度定期健康診断料補助金交付申請書兼請求書

記入例

申請書提出日の属する年度をご記入下さい

令和 年 月 日

(あて先) 川 口 市 長

省略せずにご記入下さい

【訂正上の注意点】

記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所<sup>①</sup>に二重線を引き、代表者印(丸印)で訂正印を押印してください。  
修正ペン・修正テープ・砂消し等で訂正した書類は受け付けられません。

債権者番号 ※登録番号をご記入下さい  
郵便番号 332-8601  
所在地 川口市青木 2-1-1  
事業所名 株式会社 川口工業  
代表者名 代表取締役 川口 太郎  
電話番号 048-258-1110

役職名を必ずご記入下さい

川口市中小企業勤労者定期健康診断料補助金交付要綱第 4 条の規定に基づく勤労者の定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、同要綱第 6 条の規定に基づき申請し、請求します。

1	健康診断受診日	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日		
2	健 診 機 関	住 所 川口市西新井宿 1 8 0 番地		
		機関名 川口市立医療センター		
3	資 本 金	1, 0 0 0 万円		
4	従 業 員 数	常時使用する全従業員数 (※支店等を市外に有する場合、含める) 2 0 人		
		上記のうち川口市内の事業所における従業員数 (※市外事業所を有する場合、市内事業所へ勤務する従業員数) 1 5 人		
5	業 種 (いづれかに○をしてください)	①農業 ②建設業 ③製造業 ④電気・ガス・熱供給・水道業 ⑤運輸・通信業 ⑥卸売・小売業、飲食店 ⑦金融・保険業 ⑧不動産業 ⑨サービス業		
6	補助金請求金額	名簿の補助金額の合計 (様式第 2 号※ 2) 円	※ 補助金請求金額 (正当額)	※記入しない 円
7	補助対象受診者数	名簿の受診者合計 (※事業主・役員は対象外です)人	※ 補助対象受診者数 (正当額)	※記入しない 人
8	受診料総額	名簿の受診料合計 (様式第 2 号※ 1) 円	※ 受診料総額 (正当額)	※記入しない 円

※ 太枠内をご記入下さい。補助金の振込みをもって市からの補助金の決定及び振込通知書は省略させていただきます。通帳には、「カワグチケイエイシエンカ」と印字されますので確認してください。