

令和 年度定期健康診断料補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川 口 市 長

債権者番号
郵便番号
所在地
事業所名
代表者名
電話番号

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	年 月 日 ~ 年 月 日	
2	健 診 機 関	住 所	
		機関名	
3	資 本 金	万円	
4	従 業 員 数	常時使用する全従業員数 人	
		上記のうち川口市内の事業所における従業員数 人	
5	業 種 (いずれかに○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 円	※ 補助金請求金額 (正当額)	円
7	補助対象受診者数 人	※ 補助対象受診者数 (正当額)	人
8	受診料総額 円	※ 受診料総額 (正当額)	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。