

## 補助金申込み書（2024年（令和6年度））

202 年 月 日 提出

受診者 役職・氏名	
企業名 代表者名	上記の申込者の補助金申込みを承認します。  企業名 _____  代表者名 _____ 印
受診年月日	(西暦) 202 年 月 日 (請求期間は受診日より2ヶ月以内)
検診等の料金	¥ _____ 円

(お振込みをご希望の場合は、ご記入をお願いします)

口座名義人名	
銀行名/支店名	銀行/ 支店
預金種目	
口座番号	

・お申込み確認後、手続き完了までにお時間をいただくことがあります。

(事務局記入欄)

様

振込予定日 令和 年 月 日

振込金額 \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり、手続きが完了しましたので、お知らせいたします。

ご確認いただきますよう、お願い申し上げます。