

	会長	事務局長	担当	台帳	入力
決					
裁					
	・	・	・	・	・

様式第15号

遠州ライフサポートセンター

人間ドック等生活習慣病受診料補助金交付申請書

遠州ライフサポートセンター 会長 様

令和 年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--

会員住所

会員氏名



生年月日

事業所名

代表者氏名



遠州ライフサポートセンター人間ドック等生活習慣病受診料補助事業実施規程により、
下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 補助金申請額

円

受診金額の3割(100円単位は四捨五入し以下は切捨て)かつ8,000円を上限の補助額です。

2 受診日

令和 年 月 日

3 受診医療機関名

4 受診金額

円

5,000円以上が補助対象となります。

5 受診者氏名が記入された領収書(コピー可)を本申請書裏面に添付してください。

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

氏名



遠州ライフサポートセンター 会長 様

(注) ○ この補助金は、会員(40歳以上)が人間ドック等生活習慣病の受診をした場合、年1回申請できます。
(労働安全法に基づく事業所負担を除き、個人が負担した5,000円以上の受診が対象)

○ 袋井商工会議所があつ旋する「一日出張生活習慣病検診」での申請・給付は事務局で受け付けます。

○ 申請期限は、受診終了後2ヵ月以内です。

※ 市・町が検診車等で実施する集団検診(単独・総合健診)は市・町より助成されているため補助対象外となります。

20190501