

決 済	会 長	事務局長	担 当	台 帳	入 力

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 平成 年 月 日

会員番号

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

会 員 住 所 _____

会 員 氏 名 _____ (印)

生 年 月 日 _____

事 業 所 名 _____

代 表 者 氏 名 _____ (印)

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)かつ8,000円を上限の補助額です。

2 受 診 日 平成 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。

平成 年 月 日

氏 名 _____ (印)

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)

○ 商工会議所があつ旋する「一日出張生活習慣病健診」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。