

様式第1号（第5条関係）

川越市事業所従業員定期健康診断料補助金交付申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

所在地
事業所名
事業主名
電 話

従業員の健康管理と福祉向上を目的として、労働安全衛生規則第44条の規定に基づく、従業員の定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、定期健康診断料の補助金交付を申請します。

記

- 1 常時雇用従業員数 計_____人（男性_____人・女性_____人）
- 2 受診者人数 計①_____人（男性_____人・女性_____人）
- 3 受診年月日 _____年_____月_____日
- 4 受診医療機関名 _____
- 5 定期健康診断料 総額②_____円・1人あたり③_____円
- 6 補助金請求額 ⑤_____円（下記を参照してください。）

③×0.3=④（円未満の端数切り捨て・上限3,000円）

↓

④×①=⑤（補助金請求額欄へ）

- 7 補助金の振込先 銀行
信用金庫_____支店
- 8 口座種目及び番号 普通・当座 No. _____
- 9 口座名義人 (フリガナ)
名義人_____

※法人（個人）市民税の領収証書（写しでも可）を添付してください。