☆申請は事務局までＦＡＸまたは郵送で
TEL0282(20)5183　**FAX0282(20)5184**／〒328-0016 栃木市入舟町 15-5 栃木市役所入舟庁舎

人間ドック・脳ドック及びインフルエンザ予防接種受診助成申請書

年　　月　　日

栃木市勤労者福祉サービスセンター
理事長　大 川 秀 子　様

事業所番号
及び会員番号　　―

事 業 所 名

会　　員　　名

次のとおり受診いたしましたので、申請いたします。

受　診　日	年　　月　　日	
受診の種類	※いずれかを○で囲んでください。	
	人間ドック　・　脳ドック	インフルエンザ予防接種
振込口座	※いずれかを○で囲んでください。 事業所口座　・　本人口座	振込口座の記入は必要ありません。
	※　本人口座振込みの方のみご記入ください 銀行・信用金庫　本店 信用組合・信連　支店 労働金庫・農協　出張所	
	口座の種類　普通　・　当座 口座番号 フリガナ 口座名義人	

※　各助成は年度内１回限りです。
※　受診した領収書,又は領収書の写しを添付してください。
※　人間ドック・脳ドック受診の助成額は１０,０００円とし、受診料の個人負担額が３０，０００円未満の場合は助成額を５,０００円、５，０００円未満の場合は実際に支払った額とし、支払った額の１００円未満は切り捨てます。

事務局長	係	事務局チェック欄
		□人間ドック・脳ドック受診助成　１０,０００円
		□人間ドック・脳ドック受診助成　５,０００円
		□インフルエンザ予防接種受診助成 ５００円相当の品

受付印