

事業所番号				会員番号			会長	監事	事務局長

助成金申請書

令和 年 月 日

伊東市勤労者共済会会長 様

事業所住所

事業所名

受診者氏名

印

下記内容により、助成金を申請します。

記

1. 助成内容 健康診断助成金

2. 助成金額 円

3. 参加者 _____

受領書

— 金 円

上記の助成金を受領しました。

令和 年 月 日

事業所名

受診者氏名

印