

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務局長	係
		¥	1	0	0	0	0					
健康診断補助金交付申請書												
健診施設名								検診日				
								. . .				
上記のとおり申請します。												
平成 年 月 日												
〒												
事務所住所												
事務所名称												
事務所電話番号												
氏 名							印					
茨城県税理士協同組合理事長 様												
振込先金融機関名								支店名		店		
口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】					フリカゝナ				
		当座										
		貯蓄	名 義 人									

必要書類・・・【領収書（写も可）※健診施設発行のもの】

- ・健診を受けた者とその費用及び検診日が個別にわかるもの

※請求はPETドックまたは各種ドックに限ります