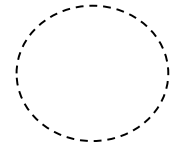


ヘルスアップ助成金申請書



所属所受付印

| | | | | |
|--|--------|-----|---------|---|
| 申請額 | 円 | 決定額 | ※ | 円 |
| 所属所名 | 所属所コード | | | |
| 職員氏名 | 職員番号 | | | |
| 受診等実施年月日 | 受診等施設名 | | 精算額 (円) | |
| 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| (合 計) | | | | |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>秋田県教育関係職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 フリガナ 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> | | | | |
| <p>領収書等添付欄</p> <p style="text-align: center;">【要件を満たす領収書等をここに貼り付けてください。】</p> | | | | |

- 1 領収書(受診者氏名・実施年月日・受診等施設名・自己負担額・「内訳〇〇〇分」と明記されている)を添付してください。
- 2 助成額は自己負担した分の半額とし、3,000円を限度として給付します。
- 3 複数回利用した場合は、負担額を合計し請求してください。助成は1回のみとなります。
- 4 ※印欄は記入しないでください。
- 5 申請に基づく助成金は、登録済の個人口座へ振り込まれます。
- 6 申請書は所属所経由で提出してください。