

## ドライバー健康診断 個別受診助成金申請内訳書

令和            年            月            日

1. 健診種類別

**定期健診**      定期健康診断健診      助成額: @1,500円 ×            名 =            円

氏名		氏名		氏名		氏名	
1		11		21		31	
2		12		22		32	
3		13		23		33	
4		14		24		34	
5		15		25		35	
6		16		26		36	
7		17		27		37	
8		18		28		38	
9		19		29		39	
10		20		30		40	

**深夜業**            深夜業健診            助成額: @1,500円 ×            名 =            円

氏名		氏名		氏名		氏名	
1		11		21		31	
2		12		22		32	
3		13		23		33	
4		14		24		34	
5		15		25		35	
6		16		26		36	
7		17		27		37	
8		18		28		38	
9		19		29		39	
10		20		30		40	

注1 記入頂いた個人情報は当該健康診断助成事業に係る業務以外には使用いたしません。

注2 上記の記入欄で足りない場合は本様式の代わりに内容を網羅した別の表の提出でも良い。