

様式 2

令和 6 年度 健康維持増進支援事業 健康診断受診者名簿

1. 事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

2. 担当者氏名 \_\_\_\_\_

3. 受診者数 ( \_\_\_\_\_ ) 名

4. 受診者氏名

NO	氏 名	生年月日	受診日	受診料金
1		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
2		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
3		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
4		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
5		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
6		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
7		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
8		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
9		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
10		昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
様式 1 の 1. 受診料金へ記載 (合計)				円

豊見城市商工会  
会長 上原 直彦 殿

所在地  
名称  
電話番号  
代表者氏名

印

### 令和6年度 健康維持増進支援事業助成金申請書

下記のとおり、受診いたしましたので助成金を申請します。

#### 記

1. 受診料金 金 \_\_\_\_\_ 円 (医療機関への支払額)
2. 受診者数 \_\_\_\_\_ 名

※助成額については、予算範囲内とし、一人当たり 2,400 円または一事業所当たり 10,000 円が上限となります。(※申込者多数の場合は、予算の都合上助成額に変動がございますので予めご了承下さい。)

#### ※添付書類

- ①様式1「令和6年度 健康維持増進支援事業 健康診断受診者名簿」  
②医療機関の領収書写し (受診料を支払った証明になるもの)

(振込先口座)

金融機関名・支店名	預金種類	口座番号	口座名義
_____ 銀行	普通		フリガナ
_____ 支店	当座		

**申請期日：令和6年12月20日(金)まで**