

常務理事	事務局長	課長補佐	係

健康保持増進事業補助申請書

提出期限・年度内（3月末）

名 称	
日 時	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 泊
場 所	
(施 設 名)	
参加人数 (甲種組合員)	名
◎補助金額は、銀行口座へ振り込みますので、振込先を必ずご記入ください。	
補助金 振込先	<p style="text-align: center;">_____銀行_____本・支店</p> <p style="text-align: center;">普通・当座 口座番号_____</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 口座名義 _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※口座名義等は、振込みに必ず必要ですので正確にご記入ください。</p>
<p>上記のとおり健康保持増進事業を行いましたので、補助金を申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">団 体 名</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 □</p> <p>熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>	

補 助 金 額	円
---------	---