



互助会

課 長		課 長 補 佐		主 監		係 長		係	
--------	--	------------------	--	--------	--	--------	--	---	--

互 脳ドック利用助成金請求書

			※決定額			
会 員 番 号	氏 名		所属所名			
—						
受 検 年 月 日	令 和	年	月	日	受検機関	
上記のとおり請求いたします。 一般財団法人高知縣市町村職員互助会理事長 殿 令和 年 月 日 請求者氏名 _____						
上記記載事項に相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 所属所長 _____						
1. 会員本人のみを対象とし、助成は年度1回を限度とします。 2. 助成額は自己負担の1/2(上限10,000円とし、100円未満は切り捨て)を助成します。 3. 請求は受検後とし、保険適用の脳検査等は対象となりません。 4. 脳ドックの受検料として確認できる領収書を添付してください。 5. 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を請求書内へ押印してください。 6. ※印欄は記入しないでください。						

※領収書は裏面に貼付してください。