

締切: 最終体験日の翌日から 7 日以内にご提出ください(必着)

(様式3)

令和 年 月 日

(株)●●●●

担当者 様

## 健康診断費用補助請求書

第●回 保育士就職支援セミナーの実習参加に際し、新たに健康診断を受診しましたので、補助を請求します。

記

1 医療機関名 \_\_\_\_\_

2 受 診 日 令和 年 月 日

3 請 求 額

	金 額	備 考
医療機関に支払った費用 (消費税込み)	A) 円	
請求額 * A) が 5,000 円を超える場合は、上限 5,000 円 (税込) * A) が 5,000 円に満たない場合は、実費の範囲内	円	

(例 1 10,000 円の場合、上限額 5,000 円の補助／例 2 4,000 円の場合は 4,000 円全額の補助)

4 振込希望口座

金融機関名									コード NO
(支) 店名									コード NO
預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄								
口座番号	右詰めで 7 桁の番号を記入								
フリガナ									
口座名義									

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

「領収書のコピー」は裏面に貼ってください。