



(必ず記入して下さい)

住 所
事業者名
代表者名
会社印

脳ドック受診促進助成金申請書

当社は、「脳ドック受診促進助成金交付要綱」を遵守することを誓約し、所定申請期間内を以て、関係書類を添えて助成金の申請を致します。※当申請は、令和9年2月26日必着までとする。

1. 助成金額

| | | |
|------|------------------|--------|
| 助成金額 | 金 _____ 円 (受診 名) | 事務局使用欄 |
|------|------------------|--------|

2. 添付書類の確認 (下記の必要書類を添付してください)

| チェック欄 | 必 要 書 類 (①②とも必要です) |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ①医療機関又は脳 MRI 健診支援機構からの請求書の写し (医療機関窓口で支払いした場合を除く) |
| <input type="checkbox"/> | ②費用支払いを証する書類 (領収証又は振込票等) の写し |

※領収書等の宛名が個人名の場合には、運転者台帳の写し又は在職証明書を添付してください。

3. 受診した検査名

| チェック欄 | 検査名 |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 脳ドック |
| <input type="checkbox"/> | 脳 MRI 健診 |

4. 確認事項 (該当することを確認し、□にレ点をして下さい。該当しない場合、申請は不可)

当申請に係る脳ドック健診に対して、国や他団体等からの助成を受けていません。

5. 振込先

| | |
|------------|------------|
| フリガナ | |
| ①振込先 | 銀行・信金 支店 |
| ②預金種別・口座番号 | 普通 当座 口座番号 |
| フリガナ | |
| ③氏名 口座名義人 | |

6. 連絡先

| | |
|------|--------|
| 担当者名 | 電話番号 |
| | FAX 番号 |

※頂いた情報は脳ドック受診促進助成事業以外の目的に使用することはありません。

事務局使用欄

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|