別紙（35 歳未満健康診断受診助成）　　No.＿＿＿＿＿

助成金申請に係る対象者名簿

令和　　年　　月　　日

津山圏域勤労者互助会会長　　殿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日付けの助成金申請に係る対象者は次のとおりです。

会員番号	会員氏名	助成金額
		円
	名	円

※添付資料（領収書）の順に会員氏名をご記入ください。

※会員１名での申請の場合、本紙は不要です。