

令和 年 月 日

兵庫県交通共済協同組合
理事長 稲 田 豊 殿

事業所住所
事業所名
代表者名

印

運転適性診断受診手数料助成金支給申請書

貴組合の運転適性診断受診手数料助成金支給要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

- 1 受講年月日 令和 年 月 日
- 2 受診機関名 _____
- 3 受診種別 ・ 初任診断 ・ 適齢診断 ・ 一般診断
- 4 受診者氏名 _____ 年 月 日生
_____ 年 月 日生
- 5 受診手数料 _____円
- 6 振込先
金融機関名 _____ 本・支店名 _____
預金種目 _____ 口座番号 _____
名義人 _____
- 7 助成金額 ※ _____

(註) 添付書類

- ・ 受診票等 (写)
- ・ 受診手数料支払証明書 (写)
- ・ ※欄は、組合使用欄のため記載不要