

様式第1号（第5条関係）

鴻巣市中小企業勤労者定期健康診断補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

事業所名
所在地
代表者氏名
電話番号
（従業員総数 人）

鴻巣市中小企業勤労者定期健康診断補助金の交付を受けたいので、鴻巣市中小企業勤労者定期健康診断補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、審査に当たって市税の納付状況について調査することに同意します。

- 1 受診予定日 年 月 日
- 2 受診者総数 人