様式第9号

健康診断受診費援助請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※決定額 | 円 | |
| 健康診断受診者氏名 |  | 教会名 |  |
| 教　師　と　の　関　係 | 本人・家族 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 受　診　年　月　日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 受 診 に 要 し た 費 用 | 円 | | |
| 振 込 先 金 融 機 関 | 銀行・郵便局名／　　　　　　　　　　　　銀行・郵便局  支店番号  支店名　　　　　　　　　　　　　　支店  普通預金  口座番号  口座名義人 | | |
| 上記のとおり請求します。  　　　　　　年　　月　　日  　　奉仕局長　殿  　　　　　　　　　　　 請求者　　住所    氏名 | | | |

（注）　（１）※印欄は記入しないで下さい。

（２）受診費の支払いを証する領収書等を添付して下さい。

（３）用紙の大きさはＢ５にして下さい。