

専務理事	常務理事	事務局長	総務課長	主査

受 付 印

※トラック協会使用欄

(様式1号)

平成 年 月 日

一般社団法人岡山県トラック協会
会 長 殿

住 所
事業者名
代表者名

⑨

健康起因事故防止対策検査受診料助成金交付申請書

健康起因事故防止対策検査受診促進助成金交付要綱に基づき、貴協会の助成を受けたく下記のとおり申請いたします。

記

助成金申請額 金 円

1. 助成金申請内訳

脳ドック	心臓ドック	助成金申請額
名	名	円

2. 助成金の振込先

振込先金融機関名	口座名義	口座番号
支店	(フリガナ) _____ (口座名) _____	普通・当座 No. _____

担当者名： _____ 連絡先：TEL _____

【添付書類】

- 健康起因事故防止対策検査受診者名簿（様式2号）
 - 検査医療機関発行の請求書の写及び領収書の写（会員事業者あてのものに限る。）
- ※ 請求書若しくは領収書に受診日、受診数及び脳ドック・心臓ドックの検査項目が記載されていること。
※ 領収書の写は、振込金受取書等の写でも可

(様式2号)

健康起因事故防止対策検査受診者名簿

事業者名

No.	氏名	受診日	検査種類 (いずれかに○)	検査医療機関名	検査費用	助成金額
1			脳ドック・心臓ドック			
2			脳ドック・心臓ドック			
3			脳ドック・心臓ドック			
4			脳ドック・心臓ドック			
5			脳ドック・心臓ドック			
6			脳ドック・心臓ドック			
7			脳ドック・心臓ドック			
8			脳ドック・心臓ドック			
9			脳ドック・心臓ドック			
10			脳ドック・心臓ドック			
合 計						

[注1] 岡山県内の営業所に従事しているトラック運転者であること。

[注2] 検査費用の1/2上限1万円とする。1名につき、当該年度1回とする。