

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

受付番号

(様式1号)

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

印

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

※ 助成額は検査費用(消費税及び地方消費税を除く)の1/2
ただし脳・心臓ドックは上限10,000円、定期健康診断は上限2,000円

1. 助成金申請内訳

受診内容	受診人数	助成額
脳ドック・心臓ドック	人	円
定期健康診断	人	円
助 成 合 計 金 額		円

2. 保有台数等 ※定期健康診断の助成を申請する場合はこちらにも記入して下さい。

事業用トラック保有台数 (当該年度4月1日現在、被けん引車を除く)	台	Gマーク (○を付ける)	あり・なし
--------------------------------------	---	-----------------	-------

3. 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(会員事業者あてのものに限る。)
- 検査医療機関発行の領収書の写(会員事業者あてのものに限る。)
- 安全性優良事業所認定証の写(定期健康診断の助成を申請するGマーク事業者のみ)
※ 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

健康起因事故防止対策検査受診者名簿

事業者名

第3条1号 脳ドック・心臓ドック受診者用名簿

※枠が不足する場合はコピーしてお使いください。

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 (税抜き)	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			
助 成 額 合 計						

[注] 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。検査費用(税抜き)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。

第3条2号 定期健康診断受診者用名簿

※枠が不足する場合はコピーしてお使いください。

No.	氏名	受診日	検査費用 (税抜き)	助成金額	No.	氏名	受診日	検査費用 (税抜き)	助成金額
1					16				
2					17				
3					18				
4					19				
5					20				
6					21				
7					22				
8					23				
9					24				
10					25				
11					26				
12					27				
13					28				
14					29				
15					30				
助 成 額 合 計									

[注] 岡山県内の営業所に従事する運転者であること。検査費用(税抜き)の1/2上限2,000円。1名につき、当該年度1回とする。