

2019年度 睡眠時無呼吸症候群の精密検査  
(睡眠ポリグラフィ検査)に対する助成金交付申請書

年 月 日

公益社団法人 福島県トラック協会

住 所  
事業者名  
代表者名 (印)  
電 話 ( )

睡眠時無呼吸症候群精密検査(PSG)助成金交付要綱に基づき受診したので、  
助成金を申請します。

- 1 助成金交付申請額 円  
内 訳 検査者数 人 (1人20,000円上限)  
(但し、食事代・部屋代等は含まない。)

2 検査者氏名・日時・病院名・金額

| 氏 名 | 検査年月日     | 病 院 名 | 支払金額 |
|-----|-----------|-------|------|
|     | 年 月 日 ~ 日 |       |      |
|     | 年 月 日 ~ 日 |       |      |
|     | 年 月 日 ~ 日 |       |      |
|     | 年 月 日 ~ 日 |       |      |
|     | 年 月 日 ~ 日 |       |      |

3 添付書類(必ず添付)

◎ 精密検査の領収書の写し

4 申請者振込口座(事業所名義口座)

|              |         |    |
|--------------|---------|----|
| 金融機関         | 銀行・信用金庫 | 支店 |
| 口座名          | 普通      | 当座 |
| 口座番号         |         |    |
| ふりがな<br>口座名義 |         |    |

※ 申請印鑑は、代表者印(丸判)とする。会社印(角判)は認めない。