

令和2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

令和 年 月 日

公益社団法人福島県

会社社長の代表者印（個人印ではありません）  
例 ふくトラ運送株式会社代表取締役印となっている。

代表者名

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 31,250 円

内 訳 検査者数 2 人（1人 20,000円上限）

（保険診療のみ。食事代・部屋代等は含まない。）

2 検査者氏名・日時・検査医療機関名・金額

氏 名	検 査 年 月 日	検査医療機関名	金 額
福島虎雄	2年 6月 1日～ 6月 2日	○△病院	11,250
福島太郎	2年 7月10日～ 7月11日	○△病院	25,650
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		

3 添付書類（必ず添付）

◎ 精密検査領収書の写し

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
□ 座 名		
□座番号		
ふりがな □座名義		

※ 申請印鑑は、会社代表者印（丸判）とする。  
会社印（角印）、個人印は認めない。

令和2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

令和 年 月 日

公益社団法人福島県トラック協会長 殿

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）

（保険診療のみ。食事代・部屋代等は含まない。）

2 検査者氏名・日時・検査医療機関名・金額

氏 名	検 査 年 月 日	検査医療機関名	金 額
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		

3 添付書類（必ず添付）

◎ 精密検査領収書の写し

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
□ 座 名		
□座番号		
ふりがな □座名義		

※ 申請印鑑は、会社代表者印（丸判）とする。  
会社印（角印）、個人印は認めない。