

## 平成30年度トラック運転者に対する健康診断（脳ドック） 助成金交付申請書

公益社団法人福島県トラック協会会長 殿

住 所

事業所名

代表者名

㊟

電話番号

トラック運転者の健康診断（脳ドック）助成金交付要領に基づき実施したので、助成金を申請します。

記

1 助成金交付申請額    円  
(内訳          人 × 10,000円)

### 2 検査実施状況

	検査を受けた 運転手氏名	検査時 年 齢	検 査 年 月 日	検査を受けた医療機関名
1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	
5			年 月 日	
6			年 月 日	
7			年 月 日	
8			年 月 日	
9			年 月 日	
10			年 月 日	

### 3 添付書類（必ず添付すること）

◎ 領収書の写し（宛名は事業者(申請者)又は検査を受けた運転手名）

◎ 検査費用明細書又は検査結果の写し（MRA 検査・MRI 検査を受けたことがわかる書類）

### 4 申請者振込口座

金 融 機 関		銀行・信金		支店
□座名	普 通 ・ 当 座		□座番号	
(フリガナ) □ 座 名 義				

### ※ 注意事項

1. 助成対象は、年度内1回、40歳以上のトラック運転者のみとなります。

2. 助成対象人数は1事業者10人までとなります。

3. 申請印鑑は、代表者印(丸印)とする。会社印(角判)は認めない。