年　　月　　日

２０１９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	

記入欄がたりないときは別紙添付でお願いします。

３　添付書類（必ず添付すること）
◎ 請求書・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）
◎ 検査請求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・信用金庫　　支店	
口座名	普通　・　当座	口座番号
（フリガナ） 口座名義		

※　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１５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。