

平成 年 月 日

## 平成29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

印

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	

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)
- ◎ 検査請求明細書の写し

4 申請者振込口座

金融機関	銀行・信金		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、55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5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。