令和　　年　　月　　日

令和４年度トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群精密検査（ＰＳＧ）受診助成金交付申請書

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　　㊞
電　　話

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群精密検査（ＰＳＧ）受診助成事業要領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）

２　検査者氏名・検査年月日・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 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		

３　添付書類
□ 診療費請求書兼領収書写し

（ＳＡＳスクリーニング検査を「トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群（ＳＡＳ）スクリーニング検査受診助成事業要領」の４に掲げる指定検査・医療機関以外で受診した場合は、受診結果の写しを添付すること。）

４　振込口座

金 融 機 関	銀　行・信用金庫　　支店	
口 座 種 類	普 通　・　当 座	口 座 番 号
（フリガナ）		
口 座 名 義		

※　注意事項
⑴ 保険診療のみ対象とする。（食事代・部屋代等は含まない。）
⑵ 申請印鑑は、代表者印（丸印）とする。会社印（角印）、個人印は認めない。