

令和5年度トラック運転者の健康診断(脳健診)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

電話番号

印

トラック運転者の健康診断(脳健診)受診助成事業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			令和 年 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 月 日	
4			令和 年 月 日	
5			令和 年 月 日	

※ 記入欄がたりないときは別紙添付をお願いします

3 添付書類 (必ず添付すること)

- 請求書及び領収書の写し (宛名は事業者名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 (MRI検査・MRA検査を受けたことがわかる書類)
- 生年月日を確認できる書類 (健康保険証・免許証の写しなど)

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	
口座名義			

※ 注意事項

- (1) 助成対象の検査は、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件までとなります。
- (3) 申請印鑑は、代表者印(丸印)とする。会社印(角印)、個人印は認めない。