

令和5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

印

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	
口 座 名 義			

※ 注意事項

- 保険診療のみ対象とする。(食事代・部屋代等は含まない。)
- 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。