

令和2年度トラック運転者に対する定期健康診断
助成金交付申請書

公益 公益社団法人福島県トラック協会会長 殿

会社の代表者印
※ 角印・個人印は認めません住所 福島市飯坂町平野字若狭小屋32番地
事業者名 ふくトラ運送株式会社
代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇
電話番号 024-558-7755

定期健康診断に対する助成金交付要領に基づき実施しましたので、助成金を申請します。

記

1 助成金交付申請額 75,000 円
(内訳 人 × 1,500円)
※受診料が1人1,500円未満の場合その額

2 定期健康診断実施状況

受診した 病院名等	〇〇〇病院	受診者 人数	56 人	令和2年4月1日 協会名簿車両台数	50 台
実施年月日	令和2年4月1日 ~ 令和2年5月15日		診断料総額	420,500 円	

3 添付書類 (必ず添付すること)

- ◎ 請求書・領収書の写し
- ◎ 受診者名簿

4 申請者振込口座

金融機関	ふくトラ 銀行・信用金庫	福島 支店
口座種類	普通・当座	口座番号 1234567
(フリガナ) 口座名義	フクトラウンソウカブシキガイシャ ふくトラ運送株式会社	

※ 注意事項

- 助成対象者は、年度内1回、トラック運転者のみとなります。
- 助成対象人数は令和2年度4月1日の協会名簿車両台数までとなります。
- 申請印鑑は、代表社印 (丸印)とする。会社員 (角印) は認めない。

