

令和2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 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

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 20,000 円
(内訳 2 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	□□ □□	40	令和 2 年 4 月 6 日	〇〇〇病院
2	△△ △△△	58	令和 2 年 4 月 23 日	〇〇〇病院
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でお願いします

3 添付書類（必ず添付すること）

- ◎ 請求書・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)
- ◎ 検査請求明細書又は検査結果の写し（MR I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 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フシキガイシャ ふくトラ運送株式会社			

※ 注意事項

- 助成対象は、年度内1回、40歳以上のトラック運転者のみとなります。
- 助成対象人数は1事業者15人までとなります。
- 申請印鑑は、代表社印（丸印）とする。会社員（角印）は認めない。

