

令和3年度 睡眠時無呼吸症候群の精密検査  
(睡眠ポリグラフィ検査) に対する助成金交付申請書

公益社団法人福島県ト

会社社長の代表者印（個人印ではありません）

例 ふくトラ運送株式会社代表取締役印となっている。

事業者名

代表者名

電 話



睡眠時無呼吸症候群精密検査（PSG）助成金交付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 31,250 円

内 訳 検査者数 2 人 （1人 20,000円上限）

（保険診療のみ。食事代・部屋代等は含まない。）

2 検査者氏名・日時・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
福島虎雄	3年 6月 1日～ 6月 2日	○△病院	11,250
福嶋太郎	3年 7月10日～ 7月11日	○△病院	25,650
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		
	年 月 日～ 月 日		

3 添付書類

◎ 診療費請求書兼領収書写し（必ず添付）

SAS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  
助成要領の5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 申請者振込口座（事業所名義口座）

金融機関	銀行・信用金庫	支店
□ 座 名	普 通 ・ 当 座	
□ 座 番 号		
ふりがな □ 座 名 義		

※ 申請印鑑は、会社代表者印（丸判）とする。  
会社印（角印）、個人印は認めない。

