

令和3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

公益社団法人福島県トラック協会長 殿

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

トラック運転者の定期健康診断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

会社の代表者印
※ 角印・個人印は認めません1 助成金交付申請額 75,000 円 (ドライバーのみ対象
内 訳 50 人 × 1,500 円 但し、保有台数の1.2倍まで)
※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	●●●病院 □□□医院	受診者 人数	70 人	令和3年4月1日 協会名簿車両台数	200 台
実施年月日	令和3年4月1日～令和3年5月31日		診断料総額	630,000 円	

3 添付書類 (必ず添付すること)

- ◎ 請求書の写し
- ◎ 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)	フクトラウンソウカブシキガイシャ	
口座名義	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3年度協会名簿車両台数の1.2倍の人数までとなります。
- 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。

令和 年 月 日

令和3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

トラック運転者の定期健康診断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 _____ 円 (ドライバーのみ対象
内 訳 人 × 1,500 円 但し、保有台数の1.2倍まで)
※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	受診者 人数	人	令和3年4月1日 協会名簿車両台数	台
実施年月日 年 月 日 ~ 年 月 日	診断料総額		円	

3 添付書類 (必ず添付すること)

- ◎ 請求書の写し
- ◎ 領収書の写し
- ◎ 受診者名簿

4 申請者振込口座

金融機関	銀行・信用金庫		支店
口座種類	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

※ 注意事項

1. 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。
2. 助成対象人数は令和3年度協会名簿車両台数の1.2倍の人数までとなります。
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。