

令和6年度トラック運転者の健康診断(脳健診)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

トラック運転者の健康診断(脳健診)受診助成事業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

円

(内訳 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			令和 年 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 月 日	
4			令和 年 月 日	
5			令和 年 月 日	

※ 申請が6件以上の場合は、別紙を使用してください。

3 添付書類(必ず添付すること)

- 請求書及び領収書の写しなど(宛名は事業者名又は検査を受けた運転手名)
- 検査結果の写しなど(MRI検査・MRA検査をセット受診したことがわかる書類)
- 健康保険証・免許証の写しなど(生年月日を確認できる書類)

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			

5 事務担当者連絡先

氏名		TEL		FAX	
----	--	-----	--	-----	--

※ 注意事項

- (1) 助成対象の検査は、年度内1回、40歳以上のトラック運転者のみとなります。
- (2) 助成件数は、令和6年度協会名簿台数と同数まで(15件上限)となります。

(別紙)

令和 年 月 日

住 所
事業者名
代表者名

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			令和 年 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 月 日	
4			令和 年 月 日	
5			令和 年 月 日	
6			令和 年 月 日	
7			令和 年 月 日	
8			令和 年 月 日	
9			令和 年 月 日	
10			令和 年 月 日	
11			令和 年 月 日	
12			令和 年 月 日	
13			令和 年 月 日	
14			令和 年 月 日	
15			令和 年 月 日	