

令和 7 年度トラック運転者の健康診断受診
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受診助成事業要領」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 (人数 × 1,500 円)

2 申請内訳

受 診 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
①	令和 7 年度協会名簿車両台数 (令和 7 年 4 月 1 日現在)	台
②	令和 7 年度申請済の件数	人
③	助成対象件数 (車両台数 ① × 1. 4 - 助成済件数 ②)	人
④	健康診断の種類	
	定 期 ・ 雇 入 れ 時 健 康 診 断	人 円
	特 定 業 務 従 事 者 (深 夜 業) 健 康 診 断	人 円
	合 計	人 円

3 添付書類

- ☐ 請求書の写し
☐ 支払い完了を証明する書類 (領収書、金融機関の出納印が押印されている振込書等) の写し
☐ 受診者名簿 (運転者のみ、運転者以外の方はスミ消し等すること)

4 振込先及び事務担当者名 (フルネーム記入)

振込先	金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		支店	事 務 担 当 者	氏 名	
	口座種類	普 通 当 座	口座番号			T E L	
	口座名義					F A X	
						E-mail	

※ 注意事項

- (1) 助成対象の診断は、「定期健康診断」若しくは「雇入れ時健康診断」又は「特定業務従事者 (深夜業) 健康診断」とし、運転者 1 人につき年度内それぞれ 1 回までとなります。
(2) 助成件数は、令和 7 年度協会名簿車両台数の 1. 4 倍の人数 (小数点以下切捨て) までとなります。