令和　　年　　月　　日

令和７年度トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群精密検査（ＰＳＧ）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

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群精密検査（ＰＳＧ）受診助成事業要領に基づき受診したので、助成金を申請します。

記

１　助成金交付申請額　　円

内　訳　　検査者数　　人　（１人 20,000円上限）

２　検査実施状況

氏　名	検　査　年　月　日	検査医療機関名	金　額（保険適用外除く）
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		

３　添付書類
☐ 医療費請求書兼領収書等の写し
☐ 睡眠ポリグラフィー検査を受けたことを証明する書類（診療明細書等）の写し

（ＳＡＳスクリーニング検査を「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受診助成事業要領」の４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　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　　支店 信用組合		事務担当者	氏　名	
	口座種類	普　通 当　座	口座番号		ＴＥＬ	
	口座名義				ＦＡＸ	
					E-mail	

※　注意事項
保険適用のみ対象とする。（食事代・部屋代等は含まない。）