

令和 年 月 日

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金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 円

受診した検査・医療機関		1. NPO法人 睡眠健康研究所 2. NPO法人 ヘルスケアネットワーク 3. 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター		
いずれかを○で囲んでください。				
事業者名				
代表者名				
住所		〒		
電話番号				
連絡責任者名 (フルネーム)				
一次検査受診者数	人	二次検査受診者数	人	
事前申込書【様式1-1】でご記入いただいた申込人数			人	
事前申込書【様式1-1】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。 1 申請通りに全員受診済み 2 一部未受診者あり (①これから受診する 人 ②受診は中止する 人) ※ 未受診の方は早急に検査を受けてください。また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。				
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		支店
	口座名義			
	口座種類	普通当座	口座番号	

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。