

## 令和 8 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 8 年度助成事業基礎台数 (令和 8 年 4 月 1 日現在)		台
②	令和 8 年度申請済の件数		人
③	助成対象件数 (基礎台数 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
<b>合 計</b>		<b>人</b>	<b>円</b>

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	支店	事 務 担 当 者	氏名	
	口座種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		電話番号	
口座名義			FAX番号			
					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 8 年度助成事業基礎台数の 1.4 倍の人数 (小数点以下切捨て) までとなります。