

令和8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

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

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		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		TEL	
	口座名義				FAX	
					E-mail	

※ 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8年度助成事業基礎台数と同数まで（15件上限）となります。
- (3) 国又は他の団体等から助成金を受けた（受ける）場合は、助成の対象になりません。

(別紙)

令和 年 月 日

住 所
事業者名
代表者名

	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	