

令和8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	<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		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。)