（様式１）

令和　　年　　月　　日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会

大分県支部　支部長　殿

住　　所

会社名称

代表者　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　担当者氏名

　　　　　　連絡先

**ストレスチェック実施に伴う助成申請書**

みだしについて、下記のとおり実施しましたので請求します。

記

1. 請求額　　　　　　　　　　　　　　円（対象人員×500円）
2. 対象人員　　　　　　　　　　　　　名

 （被牽引車を除く会員名簿記載登録台数、最大50名まで）

1. ストレスチェック委託先名称

 （産業医、医療機関等実施機関等名称）

1. 振込先口座

金融機関名・支店名

預金の種別

口座番号

口座名義(ふりがな)

1. 添付書類　（□に✓を付すこと。）

□受診医療機関発行の請求書（写）

□受診医療機関発行の領収証（写）