様式１（第４条関係）

令和 年　　 月　　 日

公益社団法人 大分県トラック協会長 殿

住　　所

会 社 名

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

**脳・心臓疾患検査助成申請書**

脳・心臓疾患検査助成要綱第４条に基づき、助成金の交付について

下記のとおり申請します。

記

**助成金申請額 　　　　　　　　円（※受診者数　　　名）**

**（※１名あたり受診料の1/2かつ上限１０，０００ 円）**

　　　　　　　　　　　　　　　　（※受診者数は、乗務員のみ　上限３名）

１．内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 受診医療機関 | 受診人数 | 計 |
| 令和　　年　　月　　日 |  | 人 | 人 |
| 令和　　年　　月　　日 |  | 人 |
| 令和　　年　　月　　日 |  | 人 |

２．振込先銀行口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支 店 名 |  |
| 種　別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | （ふりがな） | | |
|  | | |



ご不明な点は、協会事務局までお問い合わせください。（ＴＥＬ ０９７-５５８-６３１１）

様式２

**脳　・　心　臓　疾　患　検　査　受　診　者　明　細　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 受診医療機関名 |  |
| 検診年月日 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 受診者名 | 受診検査 |
| １ |  | * 脳ドック検査（ＭＲＩ検査を含むもの） * 心臓ドック検査 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２ |  | * 脳ドック検査（ＭＲＩ検査を含むもの） * 心臓ドック検査 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３ |  | * 脳ドック検査（ＭＲＩ検査を含むもの） * 心臓ドック検査 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記の者は、当事業所に在籍する乗務員であることに相違ないことを証明致します。

|  |
| --- |
| 代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※　ご記入頂いた個人情報は、目的外では使用いたしません。

※　複数の医療機関で受診している場合や記入欄不足の際は、適宜コピーをしてご使用下さい。