



【様式1】

年 月 日

(一社) 山口県トラック協会 会長 殿

住 所
事業者名
代表者名
T E L
担当者名

印

健康起因事故防止対策検査助成金交付申請書

健康起因事故防止対策検査受診助成事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。

記

請求金額 _____ 円

※助成額は検査費用（消費税を除く）の1/2、上限10,000円

1. 受診者名及び受診年月日 受診者名簿のとおり
2. 受診人数 _____人（1会員、上限10人）
3. 振込先

金融機関名			支店名							
預金種類 (該当に○)	普通	当座	口座番号							
フリガナ										
口座名義										

4. 添付書類

受診者名簿（様式2）

受診にかかる領収証（受診者名記載）の写し （運転者等個人あての領収証は不可）

※領収証がない場合は、受診にかかる請求書（受診者名記載）の写し及び金融機関等の振込依頼書等の写し

※受診者名、受診日、検査項目が記載されたもの