　　　　　　　　　　 【様式１】

捨印

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 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｔ Ｅ Ｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

**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