



【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

1. 助成金申請額 _____ 円
※助成額は検査費用（消費税を除く、千円未満切り捨て）の1/2、上限10,000円
2. 受診人数 _____ 人（1会員、上限10人）
3. 受診者名、受診年月日、受診内容 様式2のとおり

4. 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										

5. 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
※定期健康診断等のオプションとして受診した場合は、金額の内訳が分かるもの