

専務理事	常務理事	事務局長	経理課長	主査

受 付 印

※トラック協会使用欄

受付番号 _____

(様式1号)

年 月 日

一般社団法人岡山県トラック協会
会 長 殿

住 所
事業者名
代表者名

㊞

健康起因事故防止対策等助成金申請書兼交付請求書

健康起因事故防止対策等受診促進の助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び請求いたします。

記

請求金額 金 円

※ 助成額は検査・購入費用(消費税及び地方消費税を除く)の1/2
ただし脳・心臓ドックは上限10,000円、資材は合計上限金額100,000円

1. 申請内訳

内容	受診人数・購入数	助成額
脳ドック・心臓ドック	人	円
助成対象資材	個	円
助 成 金 額 合 計		円

2. 保有台数 ※対象資材購入の助成を申請する場合はこちらにも記入して下さい。

事業用トラック保有台数 (当該年度4月1日現在、被けん引車を除く)	台
--------------------------------------	---

3. 助成金の振込先

振込先金融機関名	口座名義	口座番号
支店	(フリガナ) _____ (口座名) _____	普通・当座 No. _____

担当者名: _____ 連絡先: TEL _____

脳ドック・心臓ドック

【添付書類】

- 健康起因事故防止対策等受診者名簿・資材購入リスト(様式2号)
- 検査医療機関発行の請求書の写(会員事業者あてのものに限る。)
- 検査医療機関発行の領収書の写(会員事業者あてのものに限る。)
- 運転者台帳の写
※ 請求書若しくは領収書に受診日、受診数及び脳ドック・心臓ドックの検査項目が記載されていること。

対象資材

【添付書類】

- 健康起因事故防止対策等受診者名簿・資材購入リスト(様式2号)
- 請求書の写(会員事業者あてのものに限る。)
- 領収書の写(会員事業者あてのものに限る。)
※ 請求書もしくは領収書に購入日、購入数等の項目が記載されていること。
- 購入したものがわかるもの(カタログのコピー、ネットの記載内容のコピー等)

健康起因事故防止対策等受診者名簿・資材購入リスト

事業者名 _____

脳ドック・心臓ドック受診者用名簿

※枠が不足する場合はコピーしてお使いください。

No.	運転者氏名	受診日	検査種類 (いずれかに○)	検査医療機関名	検査費用 (税抜き)	助成金額
1			脳ドック・心臓ドック			
2			脳ドック・心臓ドック			
3			脳ドック・心臓ドック			
4			脳ドック・心臓ドック			
5			脳ドック・心臓ドック			
6			脳ドック・心臓ドック			
7			脳ドック・心臓ドック			
8			脳ドック・心臓ドック			
9			脳ドック・心臓ドック			
10			脳ドック・心臓ドック			
助 成 金 額 合 計						

[注] 岡山県内の営業所に従事しているトラック運転者であること。
検査費用(税抜き)の1/2上限1万円とする。当該年度の申請回数は定めない。

助成対象資材購入リスト

※枠が不足する場合はコピーしてお使いください。

No.	品名	購入日	支払日	数量	購入費用 (税抜き)	助成金額	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
助 成 金 額 合 計							

[注] 購入費用(税抜き)の1/2、合計上限金額は10万円とする。
申請可能数は、当該年度4月1日現在の事業用トラックの保有台数(被けん引車を除く)×1.2倍(端数切り上げ)までとする。当該年度の申請回数は1回限りとする。