

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

印

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

※脳・心臓ドックは1名につき検査費用（消費税及び地方消費税を除く）に対して上限15,000円

※資材は購入費用（消費税及び地方消費税を除く）合計の1/2、上限100,000円

1. 申請内訳

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

2. 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（様式2号の1）
- 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資材購入リスト（様式2号の2）
- 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

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。
1名につき検査費用(税抜き)に対して上限1万5千円とする。
検査費用(税抜き)が上限1万5千円を下回る場合は、検査費用(税抜き)の金額を助成する。
当該年度の申請回数は定めない。

(様式2号の2)

健康起因事故防止対策等資材購入リスト

事業者名 _____

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.	タイプ (いずれかに○)	品名	型番	購入 日	数量	購入費用 (税抜き)
1	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
2	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
3	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
4	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
5	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
6	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
7	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
8	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
9	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
10	1. 電動ファンタイプ 2. ペルチェタイプ 3. 水冷タイプ 4. その他					
購入費用（税抜き）合計						
購入費用（税抜き）合計の1/2						
助成金額						

[注] 購入費用（税抜き）合計の1/2、上限10万円とする。
当該年度の申請回数は1事業者あたり1回を限度とする。