

【様式 1-1】

(会員事業者 → 静岡県トラック協会)

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査 事前申込書

令和 年 月 日

一般社団法人静岡県トラック協会 殿

住 所

事業者名

代表者名

印

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査について、助成金の交付を受けたく下表のとおり申請いたします。

(全ト協指定) 検査医療機関	受診者数	助成額 (@2,500 × 受診者数)
NPO 法人 睡眠健康研究所	名	円
NPO 法人 ヘルスケアネットワーク	名	円
一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター	名	円

※受診者数に変更が生じた場合は、必ず静岡県トラック協会業務課までご連絡ください。

【添付書類】保険料納入告知額・領収済額通知書の写し※厚生労働省年金局発行（直近のもの）

【ご連絡先の情報】※交付決定通知、実績報告書及び振込通知の送り先となります。

ご担当者名	<p style="text-align: right;">← 申請者（運送事業者）所属の ご担当者をご記入ください。</p>
住 所	〒 _____
TEL	FAX

(静岡県トラック協会使用欄)

交付決定通知書

上記事前申請については、助成金の交付が決定しましたので通知いたします。

交付決定日	令和 年 月 日
助成額等	円 (@2,500 × 名分)

静岡県 トラック 協会 受 付 印	
担当者印	

※交付決定日の記入および右記の静岡県 トラック 協会受付印のないものは無効です。