

【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



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 | 申請者(運送事業者)所属の ご担当者をご記入ください。 |
| 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。