

一般社団法人静岡県トラック協会 会長 殿

郵便番号 ー
 住 所
 会 社 名
 代表者名
 TEL ()
 FAX ()
 (ご担当者名)



(個人印不可、県外本社は
 県内代表者印可)

**〔令和4年度〕 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助成金交付申請書(兼 助成金請求書)**

標記に関して、助成金を受けたく以下の通り申請します。

1. 申請金額

金							0	0	円
---	--	--	--	--	--	--	---	---	---

2. 申請内訳

(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

3. 助成金の振込先

金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義	(会社名のみで「代表者名は不要」です)		

4. 添付書類

- ①領収書の写し
- ②検査者名簿（検査明細書）の写し
- ③保険料納入告知額・領収済額通知書の写し
 ※厚生労働省年金局が発行した直近のもの。
- ④振込先通帳の写し
 ※金融機関（支店）名・預金種別・口座名義・口座番号を確認できるもの

※助成金交付申請書提出後、速やかに全日本トラック協会のホームページの「検査実施結果等報告
 ・アンケート」にご回答をお願いいたします。 https://jta.or.jp/member/shien/sas_jyosei2021.html