様式１

令和 年 月 日

一般社団法人静岡県トラック協会 会長 殿

(個人印不可、県外本社は県内代表者印可）

|  |
| --- |
| 郵便番号 －住 所 |
| 会 社 名代表者名TEL （ ）FAX （ ）　 （ご担当者名） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

[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