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**営業所等の角印可）

|  |
| --- |
| 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]　　脳ドック・心臓ドック受診促進助成金交付申請書（兼助成金請求書）

標記の助成金を受けたく以下の通り申請します。

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

１．申請金額

(受診時４０歳以上の運転者が対象です）

２．検査別内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査名 | エンジン付き保有車両台数（Ａ） | 申請人数（Ｂ）【Ａを上限とする】 | 申請金額 |
| ①脳ドック | 台 | （Ｂ①） 名 | 円【15,000円×Ｂ①】 |
| ②心臓ドック | （Ｂ②） 名 | 円【15,000円×Ｂ②】 |
| 合計 |  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「脳ドック・心臓ドック受診明細書(様式２)」

②「領収書」の写し…医療機関の発行するもので、**「脳ドック」・「脳ＭＲＩ健診」**または**「心臓ドック」、「会社名」、「受診人数」**の記載があるもの（領収書に記載がない場合は、記載のある「請求書」または「診療明細書」も添付のこと）

③「保険料納入告知額・領収済額通知書」の写し…厚労省年金局が発行する直近のもの

④振込先通帳（小切手帳）の写し…金融機関(支店)名・口座名義（カナ）・預金種類・口座番号記載のもの

様式２

脳ドック・心臓ドック受診明細書

受診年月日 令和 年 月 日から

 令和 年 月 日まで

１．事業所名

２．健康保険証の保険者名称（例：〇〇健康保険組合）

３．医療機関名（複数ある場合は／で区切ってご記入ください。用紙を分ける必要はありません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険証の記号 |  |

※受診時４０歳以上の運転者が対象です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 該当の□欄にレ点を記入 | 受診者名 | 年齢 | 健康保険証の番号 |
| 1 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 2 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 3 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 4 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 5 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 6 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 7 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 8 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 9 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |
| 10 | * 脳ドック
* 心臓ドック
 |  |  | 番号 |

 ※ご記入いただいた個人情報は目的以外には使用しません。

 ※用紙不足の場合は適宜コピーしてください。