様式１（第５条関係） （受付№　　　）

運転者健康診断(脳ドック)助成事業実績報告書

（助成金交付請求書）

　年 　月 　日

公益社団法人宮城県トラック協会会長　殿

所　在　地

申請者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

運転者健康診断(脳ドック)を別紙写しのとおり受けましたので，交付要綱第５条に基づき、助成金の請求をします。

記

１.助成申請額 　　　　　　　　　　　　円（千円未満切捨て）

２.検査実施状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 検査を受けた  運転手氏名 | 検査時  年齢 | 検査年月日 | 検査を受けた医療機関名 |
| 1 |  |  | 年 月 日 |  |
| 2 |  |  | 年 月 日 |  |
| 3 |  |  | 年 月 日 |  |
| 4 |  |  | 年 月 日 |  |
| 5 |  |  | 年 月 日 |  |

３.添付書類

(1) 検査結果の写し　（表紙と氏名、日付の記載のある部分のみ。他はスミ消し可）

(2) 領収書の写し　(宛名は事業者(申請者)又は検査を受けた運転手名)

(3) 運転者台帳(写真付)の写し

４.振込先及び担当者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振  込  先 | 金融機関　　　　　　　銀行･信金　　　　　　　支店 | 担  当  者 | 担当者名 |  |
| 口座番号　(普通･当座)　No | TEL番号 | － 　－ |
| (フリガナ)  口座名義 | FAX番号 | － 　－ |

※振込先口座は、個人の運転手ではなく、事業者(申請者)になります。