様式２－２

受付No( )

**入院検査費用助成金交付請求書**

　　年　　月　　日

公益社団法人宮城県トラック協会会長　殿

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査結果，異常が認められ入院検査受診を終了したので，入院検査費用助成金交付を請求いたします。

**助成金請求額　　　　　　　　　　　円**

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 |  |
| 住　 　所 | **〒** |
| 電 話 番 号 |  |
| 入院検査受診者 氏名 | ① |
| ② |
| ③ |
| ④ |
| ⑤ |
| 振 込 先金融機関 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・信金　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 口 座 番 号 | 普通 ・ 当座　 　No， |
| （フ リ ガ ナ）口 座 名 義 |  |
|  |

※添付資料　①検査・医療機関の請求明細書(写)(入院診療点数欄に点数があるものに限る)　②領収書(写)

**受診した検査・医療機関名**

|  |  |
| --- | --- |
| 検査・医療機関名 |  |
| 所在市区町村名 |  |
| 電 話 番 号 |  |