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　　　　　　　　　　　(注)１名につき１万円限度、宮ト協届出台数が上限(最大５名)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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(写)　　(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(写)　　　(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)　(写真付)

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 ) | TEL番号 | 　－ 　－ |
| (フリガナ)口座名義 | FAX番号 | 　－ 　－ |

※振込先口座は、受診者個人ではなく、事業者とする。