様式２－２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(受付№　　　　　)

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る

入 院 検 査 実 績 報 告 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(ＳＡＳ)スクリーニング検査で異常が認められ、入院検査

を受診したので、入院検査の助成金交付の請求をします。

助成金請求額 　　　　　　　　　　　　　　 円 (上限１万円×事前申込人数のうちの実受診者数)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者住所 | 〒　　　　　－ | | |
| 事業者名 |  | | |
| 代表者名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院検査  受診者氏名 | | ① |
| ② |
| ③ |
| ④ |
| ⑤ |
| 振込先口座  (事業者の口座) | 金融機関　　　　　　　　　　　　銀行・信金　　　　　　　　　　　　支店 | |
| 口座番号 ( 普通 ･ 当座 )No. | |
| (フリガナ)  口座名義 | |

入院検査を受診した運転者と振込先(事業者)について

※添付書類　① 検査・医療機関の請求明細書(写)　　入院診療点数の欄に点数があるものに限る。

　　　　　　② 領収書(写)

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

入院検査を受診した検査・医療機関について