様式１－３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(受付№　　　　　)

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る

スクリーニング検査実績報告書

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の助成金交付の請求をします。

助成金請求額 　　　　　　　　　　　　　　円　(上限５千円×実際の受診者数)　千円未満切捨て

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診した検査・医療機関  ※右の欄の中で受診した機関  を○で囲んでください。  ※宮ト協指定の検査・医療機  関で受診した場合は、４に  検査・医療機関名等を記入  してください。 | | １．ＮＰＯ法人　睡眠健康研究所  ２．ＮＰＯ法人　ヘルスケアネットワーク  ３．一般財団法人　運輸・交通ＳＡＳ対策支援センター  ４．宮ト協指定 検査・医療機関  検査・医療機関名  住　　　　　　所  電　話　番　号 | |
| 実際の検査受診者数 (第１次及び第２次) | | | 名 |
| 事前申込書【様式１－１】でご記入いただいた申込人数 | | | 名 |
| 事前申込書【様式１－１】に対する受診状況について、いずれかを○で囲んでください。  １．申請とおりに全員受診済み  ２．一部未受診者あり ( ①これから受診する　　　名　　　②受診を中止する　　　名 ）  ※未受診の方は早急に検査を受けてください。なお、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。 | | | |
| 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 | | |

※添付書類　① 検査・医療機関の検査結果一覧(写)　② 領収書(写)