様式２－１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(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 事 前 申 込 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たので、

入院検査の助成金交付の申請をします。

助成金申請額 　　　　　　　　　　　　　　円　(上限１万円×事前申込人数)　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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入院検査  受診者氏名 | ① |
| ② |
| ③ |
| ④ |
| ⑤ |

入院検査を受診する運転者について

※添付書類　当該年度ＳＡＳスクリーニング検査の検査・医療機関の検査結果一覧(写)

　　　　　　この入院検査の助成対象は、当該年度のＳＡＳスクリーニング検査の助成を受けた運転者に限るため、

ＳＡＳスクリーニング検査の実績報告時に添付していた検査結果一覧(写)をここでも添付する。

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

入院検査を受診する検査・医療機関について

(注) 通院による検査は助成対象外とする。