様式１ (第５条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (受付№　　　　　)

運転者脳ドック健康診断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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

｢運転者脳ドック健康診断助成金交付要綱｣第５条に基づき、実績の報告と助成金交付の請求をします。

記

１ 助成金請求額　　　　　　　　　　　　　　　円　(千円未満切捨て)

対象年齢は３５歳及び４０歳以上

２ 受診の内容　　　　　　　　　　　　　　(注) 上限は１名１万円、１事業者につき宮ト協届出台数(最大５名)が限度

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 検査を受けた  運転者氏名 | 検査時  年齢 | 検 査 年 月 日 | 検査を受けた検査・医療機関の名称 |
| １ |  |  | 年　　 月　　 日 |  |
| ２ |  |  | 年　　 月　　 日 |  |
| ３ |  |  | 年　　 月　　 日 |  |
| ４ |  |  | 年　　 月　　 日 |  |
| ５ |  |  | 年　　 月　　 日 |  |

※添付書類　① 検査結果(写)　　※表紙と氏名と日付が必要で他はスミ消し可

② 検査・医療機関の請求明細書(写)

③ 領収書(写)　　　※宛名は事業者名又は受診者名

④ 運転者台帳(写)　※写真付

　３ 振込先及び担当者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  口座 | 金融機関　　　　　　　 銀行 ･ 信金　 　　　　　　支店 | 申請担当者 | 担当者名 |  |
| 口座番号( 普通 ･ 当座 )No. |
| TEL番号 | －　　 － |
| (フリガナ)  口座名義 |
| FAX番号 | －　　 － |

(注) 振込先口座は、受診者個人ではなく、事業者とする。