年　　月　　日

捨印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

会員番号

（必ず記入して下さい）

　一般社団法人神奈川県トラック協会

会　　長　殿

住所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　会社印

運転者健康診断受診促進助成金申請書

当社は、「運転者健康診断受診促進助成金交付要綱」に基づき、所定申請期間内を以て関係書類を添えて申請致します。なお、「助成金交付要綱」を参照したことを申し添えます。

　　※当申請は、令和８年２月２７日必着までとする。

**１．助成金額**

事務局使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金額 | 金　　　　　　円 | 3,000円×（　　　　　名） |
| 注1（　　　 　）円×（　　　　　名） |

　　　　　　　注１：受診料が3,000円を下回る場合はこちらに記載して下さい。1人当たりの助成額に100円未満の

端数が生じた場合は切り捨てとします（例：2,673円⇒2,600円）

**２．添付書類の確認（下記の必要書類を添付してください）**

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | 必　要　書　類（①②とも必要です） |
| □ | ①医療機関からの請求書の写し（医療機関窓口で支払いした場合を除く） |
| □ | ②費用支払いを証する書類（領収証・振込票等）の写し |

**※領収書等の宛名が個人名の場合には、運転者台帳の写し又は在籍証明書を添付して下さい。**

**３．振 込 先**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| ①振込先 | 銀行・信金　　　　　　支店 |
| ②預金種別・口座番号 | 普通　　当座　　　口座番号 |
| フリガナ |  |
| ③氏名　口座名義人 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 担当者名 |  | FAX番号 |  |

**４．連 絡 先**

※頂いた情報は助成事業以外の目的に使用することはありません。

|  |
| --- |
| 定期健康診断項目（労働安全衛生規則第44条）１．既往歴および業務歴の調査　２．自覚症状および他覚症状の有無の検査　３．身長、体重、腹囲、視力および聴力の検査　４．胸部エックス線検査　５．血圧の測定　６．貧血検査７．肝機能検査　８．血中脂質検査　９．血糖検査　１０．尿検査　１１．心電図検査 |

**※下記の診断項目を全て受診された方のみ助成対象となります。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

※予約制による健康診断を受診された場合は、助成金を差し引いて医療機関から請求が届きますので、助成金の申請は必要ありません。

事務局使用欄