

(様式1)

(公社)福岡県トラック協会長 殿

平成29年度 突発性運転不能障害疾患予防対策助成事業
 検査助成金交付請求書

【実施計画書(事前の申請書)の提出は不要になりました】

会社名		担当者名	
		TEL	()
所在地		FAX	()
代表者名		印	

1. 検査別内容

検査の種類		受診者数(A)	請求金額
①突発性運転不能障害疾患予防対策検査		人	(上限 2,000 円) × A = 円
②脳ドック検査		人	(上限 10,000 円) × A = 円
③心臓ドック検査		人	(上限 10,000 円) × A = 円
④SAS スクリー ニング検査	指定検査医療機関名	県内	人 (1,620 円) × A = 円
	()	県外	人 (2,500 円) × A = 円
⑤SAS・PSG 検査		人	(上限 10,000 円) × A = 円
合 計		人	円

※脳ドック検査、心臓ドック検査、SAS スクリーニング検査、SAS・PSG 検査については半額助成で、それぞれの上限額までです。1円未満は切り捨てです。

※④SAS スクリーニング検査は検査医療機関が県内の機関か県外の機関いずれかに☑して下さい。

2. 助成金振込金融機関

金融機関名	支店名	口座名
		(フリガナ)
口座番号		
普通・当座		

★【提出書類一覧】(書類がそろっているか、確認して下さい)

- ①検査助成金交付請求書(様式1)
- ②受診者名簿(様式2)
- ③検査項目と受診者数がわかる書類の写し[請求書、検査一覧等]
- ④支払いを証明する書類の写し[領収書等]
 (ネットバンキング等で、会社名の記載がない場合、同口座番号の通帳表紙のコピーを添付)
- ⑤突発性運転不能疾患予防対策検査実施証明書(様式3) [①の助成のみ必要]



申請書を提出後、福ト協より受付印を押して、ご記入頂いた FAX 番号に返送します。
 返信の FAX が一週間以内に届かない場合は、お手数ですが、下記事務局までご確認をお願いします。

※本助成事業の検査助成金交付請求書は当該年度の4月1日から、翌年2月末までを受付期間とし、先着順で助成します。但し、受付期間中でも申請額が予算枠に達した場合は、申請受付を終了致します。

会員事業所 ⇒ 県ト協

平成 年 月 日

(様式2)

受診者名簿 (No.)

下記受診者は、当該事業所が常時雇用するトラック運転者であり、助成要綱に基づき受診したことを証明致します。

上記内容を確認したうえで、ご記入下さい。

会社名	
代表者名	印

1. 検査名 ※受診者が該当する検査名に1つだけ✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> ①突発性運転不能障害疾患予防対策検査	<input type="checkbox"/> ②脳ドック検査
<input type="checkbox"/> ③心臓ドック検査	<input type="checkbox"/> ④SAS スクリーニング検査
<input type="checkbox"/> ⑤SAS・PSG 検査	

2. 検査医療機関名

--

3. 受診者名簿 (医療機関が受診者名簿を発行する場合は、その名簿添付で、下記の名簿記入は不要)

No.	実施日	氏名	No.	実施日	氏名
1	年 月 日		21	年 月 日	
2	年 月 日		22	年 月 日	
3	年 月 日		23	年 月 日	
4	年 月 日		24	年 月 日	
5	年 月 日		25	年 月 日	
6	年 月 日		26	年 月 日	
7	年 月 日		27	年 月 日	
8	年 月 日		28	年 月 日	
9	年 月 日		29	年 月 日	
10	年 月 日		30	年 月 日	
11	年 月 日		31	年 月 日	
12	年 月 日		32	年 月 日	
13	年 月 日		33	年 月 日	
14	年 月 日		34	年 月 日	
15	年 月 日		35	年 月 日	
16	年 月 日		36	年 月 日	
17	年 月 日		37	年 月 日	
18	年 月 日		38	年 月 日	
19	年 月 日		39	年 月 日	
20	年 月 日		40	年 月 日	

※検査名・検査医療機関が複数になる場合や、記入欄が足りない場合はコピーして記入し、1枚ごとに代表者の印を押印して下さい。

**突発性運転不能障害疾患予防対策検査
実施証明書**

下記検査を実施したことを証明します。

(公社) 福岡県トラック協会 突発性運転不能障害疾患予防対策検査項目(必須)	
①問診 ②聴診 ③視力 <u>④視野</u> ⑤血圧 ⑥自覚症状及び他覚症状の有無 ⑦胸部X線検査 ⑧HDLコレステロール ⑨LDLコレステロール ⑩中性脂肪 ⑪空腹時血糖 ⑫AST (GOT) ⑬ALT (GPT) ⑭γ-GTP ⑮安静時心電図	

受診した会社名(営業所名)又は個人名		受診者数 (合計)	
検査実施期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
検査医療機関名 (所在地)	平成 年 月 日		印

※突発性運転不能障害疾患予防対策検査助成を受けるには、この様式3の添付が必要です。

会社でまとめて受診する場合も、個人が受診する場合も、その都度証明書が必要です。

※検査医療機関名欄に検査医療機関の押印がない場合は無効です。

印鑑は、検査医療機関、医療機関の責任者の印どちらでも構いませんが、検査医療機関の責任者の印の場合は責任者の氏名を記入して下さい。

この用紙を検査医療機関に提示して、証明をもらって下さい。