

提出期限: 令和8年3月6日必着 (FAX不可)

令和 年 月 日

(一社)埼玉県トラック協会 会長 様

所属支部 _____

〒

住 所

会 社 名

代 表 者

会社印

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X 番 号

事故予防健康管理推進助成金申請書兼実績報告書(請求書)

下記のとおり定期健康診断を受診したので関係書類を添えて申請及び報告(請求)いたします。

記

1 受診者名 医療機関発行の健康診断受診者名簿の写し

2 助成請求額 2,000 円 × _____ 名 = 金 _____ 円

- 3 添付書類
- ① 様式3 健康診断受診者名簿の写し(医療機関発行の名簿でも可)
 - ② 請求書の写し
 - ③ 領収書の写し又は振込依頼書等振込の確認がとれるものの写し
 - ④ 助成金事前申請書(様式1)の写し

「標準的な運賃」
届出いずれかに
チェック☑

- 「標準的な運賃」を運輸支局へ届出済みで、令和6年度以降埼ト協の助成金を受けている→添付不要
 令和6年度以降埼ト協の助成金を初めて利用する場合→「標準的な運賃」を運輸支局へ届出した受付印の写し
 「標準的な運賃」を運輸支局へ届出していない場合→助成対象外

注)本報告書に記載された個人情報については、健康診断受診に係る事実確認のため
当該医療機関に照会する場合を除き、第三者への開示はいたしません。

4 申請額の振込先

振込先金融機関	口座名(フリガナ)	口座番号
_____ 支店	(_____)	普通・当座 No. _____

受付No.

- ① 振込先金融機関 … ○○銀行○○支店、と支店名まで明記。
- ② 口 座 名 … 申請者と同一法人名・代表者名を明記。
- ③ 振 込 先 … 個人への振込は不可。必ず会社名義の口座に限ります。

健康診断受診者名簿

事業者名

受診医療機関名

No.	受診日	氏名	No.	受診日	氏名
1			26		
2			27		
3			28		
4			29		
5			30		
6			31		
7			32		
8			33		
9			34		
10			35		
11			36		
12			37		
13			38		
14			39		
15			40		
16			41		
17			42		
18			43		
19			44		
20			45		
21			46		
22			47		
23			48		
24			49		
25			50		

※用紙が不足の場合はコピーしてご使用ください。