

※ FAXによる提出は不可

様式 3

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
担 当 者 名
電 話 番 号
FAX番号
会社印

あたまの健康チェック® 申込み並びに助成金申請書

この度、当社従業員が あたまの健康チェック® を受検したいので、申込み並びに補助金の申請を行うとともに自己負担金を添えて申請いたします。

記

- 1 受検予定者及び受検予定日等 別紙1に記載
2 自己負担金 @2,000 円 × _____ 名 = 金 _____ 円

送金方法	< 現金書留・振込 >いずれかに○	送金日	月 日 予定
現金書留送付先	〒330-8506 さいたま市大宮区北袋町 1-299-3 (一社)埼玉県トラック協会 業務部宛		
振込先	武蔵野銀行 北浦和支店 普通 No.179673 (一社)埼玉県トラック協会 会長 瀬山 豪 ※恐れ入りますが、振込手数料は貴社負担でお願いします。		

3 添付書類

○別紙1 ○あたまの健康チェック® 申込書兼同意書(全員分)

以下のいずれかにチェック願います。

- 「標準的な運賃」を運輸支局へ届出済みで、令和6年度以降埼玉協の助成金を受けている→添付不要
 令和6年度以降埼玉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

以下は、記入しないで下さい。

上記の申請について交付を決定いたします。

令和 年 月 日

一般社団法人 埼玉県トラック協会

受付No.

協会助成額 @1,630 円 × _____ 名 = 金 _____ 円

留意事項

当助成事業は、助成金を会員に直接交付するのではなく、助成金相当分を差し引いた額をもって会員事業者が受検できるものであり、助成相当額を協会が受検実施機関に払い込むものです。