



様式 1 (第 6 条関係)

令和 年 月 日

ドライバー健康起因事故防止助成申請書
(兼助成金交付請求書)

公益社団法人北海道トラック協会長 殿

(〒 -)

会社所在地

会社名

代表者

担当者氏名

連絡先

TEL

FAX

印

保有車両数 両 (被牽引車除く)

トラック協会が実施するドライバー健康起因事故防止助成に下記のとおり申請 (請求) いたします。

記

1. 助成金請求金額 助成金申請額 計 円

※助成額は (検査費用の 1/2、上限 1 万円)

2. 振込先銀行口座

銀行名	銀行 信用金庫 信用組合			支店名	支店		
預金種類	普通預金 ・ 当座預金						
口座番号							
(ふりがな) 口座名義							

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ○ 助成金請求に必要な書類 | チェック欄 |
| ① 健診の種類と受診人数が分かる書類の写し (請求明細書など) | <input type="checkbox"/> |
| ② 受診料の支払いが行われたことがわかる書類の写し (領収書など) | <input type="checkbox"/> |
| ③ 申請会員所属の運転者であることの確認 (健康保険証の写し) | <input type="checkbox"/> |

※記入頂いた個人情報 は当該助成事業に係る業務以外には使用いたしません。

地区ト協受付印	北ト協受付印

ドライバー健康起因事故防止助成金内訳書

令和 年 月 日

No.	氏名	年齢	生年月日	性別	健診種類 (該当番号に○)	健診料金 (税抜・円)	助成額 (円)
1		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
2		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
3		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
4		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
5		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
6		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
7		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
8		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
9		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
10		歳	大正 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック		
合計							

※ 助成額は、健診種類1～4については検査費用（税抜）の1/2、上限1万円、5については検査費用（税抜）の1/2、上限3万円。