



様式2 (個別受診用)

令和 年 月 日

ドライバー健康診断 個別受診助成申請書
(兼助成金交付請求書)

地区トラック協会長 殿
(北海道トラック協会長 殿)

(〒 -)

会社所在地

会社名

代表者

印

担当者氏名

連絡先 TEL

FAX

保有車両数 両 常時選任運転者 名
(被牽引車除く)

トラック協会が実施するドライバー健康診断個別受診助成に下記のとおり申請 (請求) いたします。

記

- 助成金申請額 円
- 受診内容等 様式2の2「ドライバー健康診断 個別受診内訳書」のとおり
- 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
- 様式2の2「ドライバー健康診断受診者内訳書」
 - 健康診断の種類と受診人数が分かる書類の写し (請求明細書など)
 - 健康診断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)

※ 場合により、常時選任運転者の確認のため、「運転者台帳」等の書類のコピーの提出を求める事がございます。

注 この助成を受けられるのは、令和6年4月1日から令和7年2月28日まで間に受診及び受診料の支払いが完了し、且つ令和7年3月7日までに地区トラック協会に申請書が受理されたものに限りま

様式2の2

ドライバー健康診断 個別受診内訳書

令和 年 月 日

1. 健診種類別受診者名及び人数等

定期健診 定期健康診断健診 助成額：@1,500円 × 名 = 円

氏名	氏名	氏名	氏名
1	11	21	31
2	12	22	32
3	13	23	33
4	14	24	34
5	15	25	35
6	16	26	36
7	17	27	37
8	18	28	38
9	19	29	39
10	20	30	40

深夜業 深夜業健診 助成額：@1,500円 × 名 = 円

氏名	氏名	氏名	氏名
1	11	21	31
2	12	22	32
3	13	23	33
4	14	24	34
5	15	25	35
6	16	26	36
7	17	27	37
8	18	28	38
9	19	29	39
10	20	30	40

注1 記入頂いた個人情報は当該健康診断助成事業に係る業務以外には使用いたしません。
 注2 上記の記入欄で足りない場合は本様式の代わりに内容を網羅した別の表の提出でも良い。