



ドライバー健康診断 個別受診助成金実績報告書

(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)

申請年月日	年 月 日		
事業者名/ 代表者名	(印)		
支店名・営業所名	<input type="checkbox"/> 本社	<input type="checkbox"/> () 営業所	<input type="checkbox"/> () 支店
会社所在地	〒 -		
連絡先	電話	FAX	
担当者	役職	氏名	
保有車両数 (被牽引車除く)	台	常時選任運転者	名
助成金申請額	円		
振込先銀行口座	金融機関名	銀行	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所
		信用金庫	
		信用組合	
		農業協同組合	
ふりがな			
口座名義			
口座番号	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	
【助成金請求に必要な書類】	※記入不可		
① 様式2「ドライバー健康診断 個別受診助成金実績報告書」	事業 者 使 用 欄	地区ト 協 使 用 欄	※記入不可
② 様式2の2「ドライバー健康診断 個別受診助成金申請内訳書」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 健康診断の種類と受診人数が分かる書類の写し(請求明細書等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 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(領収書等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※ 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場合がございます。			

注 この助成を受けられるのは、令和8年4月1日から令和9年2月28日までの間に受診及び受診料の支払い完了し、且つ令和9年3月5日までに地区トラック協会に受理されたものに限ります。

