

ドライバー健康起因事故防止助成金内訳書

申請年月日 令和 年 月 日

事業者名／ 代表者名							
No	支店・営業所名	氏名	生年月日	健診種類 (対象に☑をつけてください)	受診日	健診料金 (税抜・円)	助成申請額 (円)
1			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
2			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
3			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
4			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
5			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
6			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
7			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
8			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
9			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
合 計							円

※助成額は検査費用の1/2、眼科は上限10,000円、脳MRI・脳ドック・心臓ドックは上限20,000円、ただし人間ドックの場合は上限30,000円