



ドライバー健康起因事故防止助成金実績報告書
(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

申請年月日	年 月 日										
事業者名	印										
支店名・営業所名	☐ 本社	☐ ()	営業所	☐ ()	支店						
会社所在地	〒 -										
連絡先	電話		FAX								
担当者	役職		氏名								
助成金申請額	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										
振込先銀行口座	金融機関名	銀行		☐ 支店 ☐ 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	☐ 普通	☐ 当座									
【助成金請求に必要な書類】										※記入不可	
		事業者使用欄								北ト協使用欄	
① 様式1「ドライバー健康起因事故防止助成金申請書」		☐								☐	
② 様式1の2「ドライバー健康起因事故防止助成金内訳書」		☐								☐	
③ 健診の種類と種類別に受診人数が分かる書類の写し(請求明細書など)		☐								☐	
④ 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)		☐								☐	
⑤ 会員事業所の運転者であることの確認(運転日報、雇用保険被保険者証の写し)		☐								☐	

地区ト協受付印	北ト協受付印