

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／ 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						
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				<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								
※記入不可											
【助成金請求に必要な書類】											
							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」							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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」							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

地区ト協受付印	北ト協受付印