



年 月 日

令和6年度 健康診断受診促進助成実績報告書
(助成金交付申請書)

一般社団法人千葉県トラック協会 会長 殿

所在地

事業者名

代表者名

代表者
印

健康診断を実施しましたので、助成金の支払いについて、下記のとおり申請します。

記

合計助成請求額 , , 000 円(内訳) 健康診断助成金額 , 000 円 [名](内訳) 脳ドック健診助成金額 0, 000 円 [名](内訳) 脳MRI健診助成金額 0, 000 円 [名]

【振込先口座】

(フリガナ)

(フリガナ)

銀行名

支店名

支店コード

預金種目

普通・当座

口座番号

(いずれかに○)

(右づめ)

口座名義(カタカナ)

千ト協受付印欄

※上記指定口座に、振り込み依頼人名「チトラ/ケンコウシンダン」で振込致します。

【申請者連絡先】

(会社名)

(担当者名)

(TEL)

(FAX)

【添付書類A4サイズ】

- 健康診断 … ア. 健康診断受診者名簿及び受診証明書(コピー可)
 イ. 人数・単価の記載のある請求明細書等のコピー
 ウ. 領収書・インターネットバンクの振込結果(確定済・承認済等)のコピー
- 脳ドック健診 … ア. 脳ドック健診受診者名簿及び受診証明書(コピー可)
 イ. 人数・単価の記載のある請求明細書等のコピー
 ウ. 領収書・インターネットバンクの振込結果(確定済・承認済等)のコピー
- 脳MRI健診 … ア. 脳MRI健診受診者名簿及び受診証明書(コピー可)
 イ. 運転従事者脳MRI健診支援機構への支払いを証明する書類のコピー(領収書等)

※添付書類イ・ウに関しては、宛名が会社名のもの

健康診断受診者名簿及び受診証明書

健康診断受診促進助成の申請に関し、当社で千葉県内の営業所に勤務し運転に従事する従業員に、健康診断(千葉県内医療機関)を受診させたことを証明します。

所在地

事業者名

代表者名

印

No	受診者氏名	受診医療機関名	受診年月日			助成金額	
1			R	年	月	日	円
2			R	年	月	日	円
3			R	年	月	日	円
4			R	年	月	日	円
5			R	年	月	日	円
6			R	年	月	日	円
7			R	年	月	日	円
8			R	年	月	日	円
9			R	年	月	日	円
10			R	年	月	日	円
11			R	年	月	日	円
12			R	年	月	日	円
13			R	年	月	日	円
14			R	年	月	日	円
15			R	年	月	日	円
16			R	年	月	日	円
17			R	年	月	日	円
18			R	年	月	日	円
19			R	年	月	日	円
20			R	年	月	日	円
合 計							円

※記載内容が事実と異なる場合、助成が受けられない場合がありますので、正確に記入して下さい。

脳ドック健診・脳MRI健診受診者名簿及び受診証明書

健康診断受診促進助成の申請に関し、当社で千葉県内の営業所に勤務し運転に従事する45歳以上の従業員に、

(脳ドック健診(千葉県内の医療機関) ・ 脳MRI健診(指定医療機関)) を受診させたことを証明します。

所在地

事業者名

代表者名

印

No	健診名 <small>いずれかに○</small>	受診者氏名	生年月日 <small>(45歳以上のみ)</small>	受診医療機関名	受診年月日	助成金額
1	脳ドック健診 脳MRI健診		S 年 月 日		R 年 月 日	円
2	脳ドック健診 脳MRI健診		S 年 月 日		R 年 月 日	円
3	脳ドック健診 脳MRI健診		S 年 月 日		R 年 月 日	円
4	脳ドック健診 脳MRI健診		S 年 月 日		R 年 月 日	円
5	脳ドック健診 脳MRI健診		S 年 月 日		R 年 月 日	円
合 計						円

※記載内容が事実と異なる場合、助成が受けられない場合がありますので、正確に記入して下さい。