（様式１）

令和　　年　　月　　日

一般社団法人徳島県トラック協会長　殿

所 在 地

会 社 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

令和5年度・脳ドック等受診促進助成金交付申請書

脳健診受診促進助成金交付要綱第6条に基づき下記のとおり申請いたします。

記

**１．助成金請求額**　　　　　　　　　　　　　　　　**円**

　　　※1名につき、受診料の1/2で上限1万円　※1社5名まで

　　　※千円未満切り捨て

**２．振込先**　　　　　　ご登録済の口座にお振込いたします

　　　　　　　　　　　※口座の変更等がございましたら、申請時に事務局までご連絡ください。

**３．受診者一覧　　下記の者は、当社に在籍する運転者であることに相違ありません。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 受診者名 | 受診年月日 | 受診医療機関名 | 受診費用 |
| 1 |  | 年　月　日 |  |  |
| 2 |  | 年　月　日 |  |  |
| 3 |  | 年　月　日 |  |  |
| 4 |  | 年　月　日 |  |  |
| 5 |  | 年　月　日 |  |  |

**４．添付書類チェック**（※下記の全ての書類を申請書提出時に必ず添付のこと。）

　　□　受診医療機関発行の領収証（写）

　　注：領収証には、受診者及び脳ドック又はMRI検診が明記されていること。

**※助成金の申請は原則受付順とし、予算額に達した時点で終了します。**