

香ト協 健康診断受診料助成金 様式1(第6期用)	協 会	確認番号	受付印
	記 入 欄		

※協会使用欄

“会社印”を
お忘れなく。
(コピー不可)

(一社)香川県トラック協会長 殿

記載例

所在地 高松市
会社名 ○×運送
代表者名 代表取締役 ○×太郎
営業所の名称

令和2年度 定期健康診断受診料助成金交付申請書(兼請求書)

定期健康診断受診促進助成金交付要綱に基づき、貴協会の助成を受けたく下記のとおり申請いたします。

記

1. 助成請求金額

助成請求金額 ○○ 円

2. 助成金申請内訳

受診者数	事業用トラック保有台数	助成金申請額 (@ 1, 500円×受診者数)
5 人	5 台	7500 円

[注] 令和2年4月1日現在の事業用トラック保有台数が、助成対象限度数となります。

ただし、令和2年2~3月に受診された場合、その時点での保有台数とする。

3. 振込先

振込先金融機関名	○×△	銀行	信用金庫	□▼◇	支店			
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5
フリガナ	マルバツウンソウ ダイヒョウトリシマリヤク マルバツタロウ							
氏名 (預金口座名義)	○×運送 代表取締役 ○×太郎							

4. 担当者連絡先(申請会員事業者)

マルマルブ サンカクシロウ	記入者(担当者)のお名前	012-3456-789
○部 △△次郎	FAX	789-6543-210

“添付書類”を
お忘れなく。

提出期限: 令和3年2月8日(月)香ト協必着

- (1) 定期健康診断受診者名簿(様式2)
- (2) 検査医療機関発行の請求書の写(会員事業者あてのものに限る。)
- (3) 検査医療機関発行の領収書の写(会員事業者あてのものに限る。)

※領収書の写は、振込金受取書等の写でも可