

### ドライバー健康起因事故防止助成金内訳書

申請年月日 令和 年 月 日

事業者名							
No	支店・営業所名	氏名	生年月日	健診種類 (対象に☑をつけてください)	受診日	健診料金 (税抜・円)	助成申請額 (円)
1			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
2			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
3			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
4			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
5			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
6			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
7			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
8			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
9			年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.脳MRI健診 <input type="checkbox"/> 4.眼科健診 <input type="checkbox"/> 2.脳ドック <input type="checkbox"/> 5.人間ドック <input type="checkbox"/> 3.心臓ドック	年 月 日	円	円
合 計							円

※ 助成額は、検査費用(税抜)の1/2、上限1万円、ただし人間ドックは検査費用(税抜)の1/2、上限3万円。