



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	(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、上限20,000円、ただし人間ドックの場合は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
【助成金請求に必要な書類】		※記入不可	
		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