



様式1（第6条関係）

令和 年 月 日

ドライバー健康起因事故防止助成金申請書  
(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

( 〒 - )

会社所在地

会社名

代表者

担当者氏名

連絡先 TEL

FAX

保有車両数 両 (被牽引車除く)

印

トラック協会が実施するドライバー健康起因事故防止助成に下記のとおり申請（請求）いたします。

記

1. 助成金請求金額 助成金申請額 計 円

※助成額は検査費用の1/2、上限1万円、ただし人間ドックの場合は3万円

2. 振込先銀行口座

銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店
預金種類	普通預金 ・ 当座預金		
口座番号			
(ふりがな) 口座名義			

○ 助成金請求に必要な書類	チェック欄
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
⑤ 会員事業所の運転者であることの確認（健康保険証の写し）	<input type="checkbox"/>

※記入頂いた個人情報は当該助成事業に係る業務以外には使用いたしません。

地区ト協受付印	北ト協受付印

ドライバー健康起因事故防止助成金内訳書

令和 年 月 日

No.	支店・営業所	氏名	生年月日	年齢	健診種類 (該当番号に○)	受診日	健診料金 (税抜・円)	助成額 (円)
1			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
2			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
3			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
4			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
5			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
6			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
7			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
8			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
9			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
10			T S 年 月 日 H	歳	1. 脳MRI健診 4. 眼科検診 2. 脳ドック 5. 人間ドック 3. 心臓ドック	年 月 日		
合計								

※ 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。