

香ト協 健康診断受診助成 (第1条)係	確認番号	受付印
香川	香健	香健
カカ	香健	香健
カカ	数(%)	欄
カカ	(事業用トラック保有台数)	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

所在地 高松  
会社名 ○×運送株式会社  
代表者名 代表取締役 ○×太郎 印

### 令和○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(健康診断5名、脳ドッグ1名(受診料4万円)にて受診した場合)の協会の助成を受けたく下記のとおり申請いたします。

#### 1. 助成請求金額等

助成金	27,500 円
受診者数	5 名
受診者数(脳ドッグ)	1 名

※ 令和5年4月1日時点の事業用トラック保有台数が、助成上限数となります。

ただし、令和5年2~3月に受診され助成請求された場合は、その時点の保有台数を助成上限数とします

※ 脳ドッグの助成上限数は2名までとなります。

#### 2. 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 太郎							

#### 3. 担当(申請会員事業者)

記入者(担当者)のお名前	太郎
TEL	012-3456-789
FAX	789-6543-210

#### 【添付書類】

- 定期健康診断受診者名簿(様式2)
- 検査医療機関発行の請求書の写(助成申請事業者あてのものに限ります。)
- 検査医療機関発行の領収書の写(助成申請事業者あてのものに限ります。)

※領収書の写は、振込金受取書等の写でも可

提出期限:令和○年○月○日(○)香ト協必着