## ※予算がなくなり次第終了（FAX申請可：048-644-8080）

様式 ２

令和　　 　年　　　月　　　日

（一社） 埼玉県トラック協会　会長　様

所属支部

　　　　〒

住　　　所

会 社 名

代 表 者 　　　会社印

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

**健康起因事故防止助成金事前申請書**

この度、当社従業員が下記の健康起因事故防止健診を受診予定ですので、事前申請いたします。

記

１　受診予定者及び実施予定日等　　　別紙１に記載

２　助成申請予定額 □脳ドック 　　　　　金　　　　　　　　 　　　　円

□頸動脈エコー　 金　　　　　　　 　　　　　円

□心エコー　　　 　金　　　　　　　　　 　　　円

３　添付書類　　　　①　別紙１　予定者名簿

以下は、記入しないで下さい。

**受付№**

上記の申請について交付を仮決定いたします。

　　 令和　 　年　　 月　 　日

一般社団法人 埼玉県トラック協会

留意事項

受診及び支払完了後、令和８年３月６日までに以下の書類を提出して下さい。

1. 様式５ 申請書兼実績報告書（請求書）
2. 受診を挙証するもの、受診者の氏名の分かるもの
3. 領収書の写し又は振込依頼書等振込の確認がとれるものの写し
4. 助成金事前申請書（受付印のある本書面の写し）

**別紙１**

**健康起因事故防止助成金　予定者名簿**

**会社名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **健診の種類**該当欄に☑を入れて下さい | **（フリガナ）****氏　　名** | **助成額** | **実施予定日** |
| * 脳ドック
* 頸動脈エコー
* 心エコー
* あたまの健康チェック®
 | **（　　　　　 　　　　）** | **受診費用(税込)****円****助成額(計算式による)****円** | **月　　 日** |
| * 脳ドック
* 頸動脈エコー
* 心エコー
* あたまの健康チェック®
 | **（　　　　　 　　　　）** | **受診費用(税込)****円****助成額(計算式による)****円** | **月　　 日** |
| * 脳ドック
* 頸動脈エコー
* 心エコー
* あたまの健康チェック®
 | **（　　　　　 　　　　）** | **受診費用(税込)****円****助成額(計算式による)****円** | **月　　 日** |
| * 脳ドック
* 頸動脈エコー
* 心エコー
* あたまの健康チェック®
 | **（　　　　　 　　　　）** | **受診費用(税込)****円****助成額(計算式による)****円** | **月　　 日** |
| * 脳ドック
* 頸動脈エコー
* 心エコー
* あたまの健康チェック®
 | **（　　　　　 　　　　）** | **受診費用(税込)****円****助成額(計算式による)****円** | **月　　 日** |
| * 脳ドック
* 頸動脈エコー
* 心エコー
* あたまの健康チェック®
 | **（　　　　　 　　　　）** | **受診費用(税込)****円****助成額(計算式による)****円** | **月　　 日** |

　助成金計算式　該当する検査に応じて計算して下さい。

**【　脳ドック** **・・・受診費用の1/2　上限 10,000円　】**

**【　頸動脈エコー** **・・・受診費用の1/2 上限 1,500円　】**

**【　心エコー** **・・・受診費用の1/2　上限 4,000円　】**

**【　あたまの健康チェック®　 ・・・ 一律　1,630円　】**

※足りない場合はコピーしてお使いください