

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 _____
F A X 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

<input type="checkbox"/> 脳ドック	金 _____	円
<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	金 _____	円
<input type="checkbox"/> 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。

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

受付No.

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)

