※予算がなくなり次第、受付終了（FAX　048-644-8080申請可）

様式 １

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

**事故予防健康管理推進助成金事前申請書**

下記のとおり定期健康診断の受診予定ですので、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

・ ２,０００円　×　 　　　　　名　　 　　　　　　円

　　 　添付書類 ： ①　別紙１

※ 令和７年度会費請求車両数が上限となります。

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№**

留意事項

受診及び支払完了後、令和８年３月６日までに下記の書類を提出して下さい。

①様式２ 申請書兼実績報告書（請求書）

②様式３ 健康診断受診者名簿

③請求書の写し

④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

　⑤助成金事前申請書（本書面の写し）

健康診断受診予定者名簿

別紙 １

会　社　名

受診医療機関名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 所属営業所 | 氏　　名 | 受診予定月 | № | 所属営業所 | 氏　　名 | 受診予定月 |
| 1 |  |  | 年 　 　月 | 26 |  |  | 年 　 　月 |
| 2 |  |  | 年 　 　月 | 27 |  |  | 年 　 　月 |
| 3 |  |  | 年 　 　月 | 28 |  |  | 年 　 　月 |
| 4 |  |  | 年 　 　月 | 29 |  |  | 年 　 　月 |
| 5 |  |  | 年 　 　月 | 30 |  |  | 年 　 　月 |
| 6 |  |  | 年 　 　月 | 31 |  |  | 年 　 　月 |
| 7 |  |  | 年 　 　月 | 32 |  |  | 年 　 　月 |
| 8 |  |  | 年 　 　月 | 33 |  |  | 年 　 　月 |
| 9 |  |  | 年 　 　月 | 34 |  |  | 年 　 　月 |
| 10 |  |  | 年 　 　月 | 35 |  |  | 年 　 　月 |
| 11 |  |  | 年 　 　月 | 36 |  |  | 年 　 　月 |
| 12 |  |  | 年 　 　月 | 37 |  |  | 年 　 　月 |
| 13 |  |  | 年 　 　月 | 38 |  |  | 年 　 　月 |
| 14 |  |  | 年 　 　月 | 39 |  |  | 年 　 　月 |
| 15 |  |  | 年 　 　月 | 40 |  |  | 年 　 　月 |
| 16 |  |  | 年 　 　月 | 41 |  |  | 年 　 　月 |
| 17 |  |  | 年 　 　月 | 42 |  |  | 年 　 　月 |
| 18 |  |  | 年 　 　月 | 43 |  |  | 年 　 　月 |
| 19 |  |  | 年 　 　月 | 44 |  |  | 年 　 　月 |
| 20 |  |  | 年 　 　月 | 45 |  |  | 年 　 　月 |
| 21 |  |  | 年 　 　月 | 46 |  |  | 年 　 　月 |
| 22 |  |  | 年 　 　月 | 47 |  |  | 年 　 　月 |
| 23 |  |  | 年 　 　月 | 48 |  |  | 年 　 　月 |
| 24 |  |  | 年 　 　月 | 49 |  |  | 年 　 　月 |
| 25 |  |  | 年 　 　月 | 50 |  |  | 年 　 　月 |

※用紙が不足の場合はコピーしてご使用ください。