

※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
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)

受付No.

健康診断受診予定者名簿

別紙 1

会 社 名

受診医療機関名

No.	所属営業所	氏 名	受診予定月	No.	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。