

※事前申込後の実績報告 提出期限は令和9年2月28日迄 (FAX 不可)

【様式1-3】

( 会員事業者 → 埼玉県トラック協会 )

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る

### スクリーニング検査実績報告書

令和 年 月 日

(一社) 埼玉県トラック協会 会長 様

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 \_\_\_\_\_ 円

【重要】下記内容を確認し同意する場合、口欄にチェック(☑)をご記入ください。

【チェック欄未記入の申請は受付不可】

弊社は、SAS スクリーニング検査に対して国や自治体からの補助金交付申請を行わない(行っていない)ことを、ここにお誓いいたします。

<b>受診した検査・医療機関</b> いずれかを○で囲んでください。 1. ~3. 以外の 指定検査・医療機関 で受診の場合 検査・医療機関を ご記入ください。	1. NPO 法人睡眠健康研究所 2. NPO 法人ヘルスケアネットワーク 3. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター 4. 地方協会指定 検査・医療機関  検査・医療機関名 _____		
事業者名	会社印		
代表者名			
住所	〒 _____		
電話番号			
FAX番号			
一次検査受診者数	_____ 人		
二次検査受診者数	_____ 人		
事前申込書【様式1-1】でご記入いただいた申込み人数	_____ 人		
事前申込書【様式1-1】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。 1. 申請通りに全員受診済み 2. 一部未受診者あり (①これから受診する _____ 人 ②受診は中止する _____ 人) ※ 未受診の方は早急に検査を受けてください。また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行	支店
	口座名義		
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

【添付用紙】 ①検査、医療機関の検査明細書の写し ②領収書の写し  
③受付済事前申請の写し

※保険適用外の検査が助成対象となります。

受付No.