

一般社団法人 栃木県トラック協会長 殿

氏名又は名称

住 所

代表者氏名



令和7年度脳ドック・心臓ドック等受診助成金交付請求書

令和7年度脳ドック・心臓ドック等受診助成金交付要綱に基づき、関係書類を添えて助成金の支払いを請求します。
記

1. 助成金請求額

円

2. 申請明細

	受診者名	生年月日	受診年月日	検診名	受診料 (税抜き)	助成金額
例	栃木 トラ太郎	H12.10.9	R6.12.31	脳ドック	20,000	10,000
1						
2						
3						
4						
5						
					助成金額合計	

* 運転者1名につき、いずれかの検査1回の受診に限り上限10,000円

* 申請は、1事業者あたり上限5名

* 1回あたりの受診料(税抜き)が助成金額を下回る場合、その金額を上限とする。

3. 添付書類

- ① 請求書(写)
- ② 受診項目(健診名称)が分かるもの写し(請求書に記載があれば不要)
- ③ 受診者氏名がわかるもの写し(請求書等に記載があれば不要)
- ④ 領収証等の写し

※会員事業者の支払いが確認できないものは対象外。(個人が支払ったものや領収証の宛名が会員事業者名でないもの等)

(例) 対象外: 宛名(株) 栃ト運送 トラック 太郎 様

対 象: 宛名(株) 栃ト運送 御中

4. 振込先

金融機関		本・支店名	
口座種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

担当: _____ TEL: _____ FAX: _____