

新規助成金

令和6年度眼科検診受診助成金のご案内

健康起因事故を防止するため、運転者の視野障害の早期発見などにつながる眼科検診の受診費用に対して一部助成を実施いたします。
つきましては、下記条件により別紙要綱に基づき実施しますのでご案内いたします。

記

- 申請期間 令和6年6月3日(月) ～ 令和7年2月28日(金)
(土日祝日及び休館日は除く)
※ただし、助成枠に達した場合は、申請期間内であっても受付終了
 - 助成対象 眼科検診(受診項目に、①視力検査、②眼圧検査、③眼底検査のすべてを含むこと。)また、医師が必要と判断した場合、上記①～③の検査に追加して実施する、視野検査等の必要な追加検査も助成対象に含むものとする。
※上記検診を令和6年4月1日(月)～令和7年2月28日(金)までに受診し、支払いが完了したものであり、栃ト協の会員事業所に雇用された運転者が受診したものを対象とする。
※法定健診および人間ドック時の検査実施は、対象となりません。
 - 助成金額 1回の受診に限り、運転者1名につき、5,000円を上限とし、助成上限人数は1事業者あたり5名までとする。
ただし、実際の受診費用が上限額を下回る場合は、その金額を上限とする。
 - 助成枠 250千円
 - 申請要領 別紙「令和6年度眼科検診受診助成金交付請求書」に必要事項を記入し、次の書類を添えて申請する。
医療機関等が発行する
①請求書の写し
②受診項目、受診者数がわかる書類の写し(請求書等に記載があれば不要)
③領収証の写し
※個人精算(領収証が個人宛)のものは対象外とする。
(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
※原則、交付申請書は受診日から3ヶ月以内又は令和7年2月28日までのいずれか早い日までに提出願います。但し、領収証を申請時に添付できない場合は、後日提出でも可とする。
- [問合せ先] (一社)栃木県トラック協会 業務部
TEL 028-658-2515 FAX 028-658-6929

令和6年度眼科検診受診助成金交付要綱

一般社団法人 栃木県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、一般社団法人栃木県トラック協会(以下「栃ト協」という。)が、運転者の視野障害の早期発見などにつながる眼科検診の受診費用を一部助成することによって、健康起因事故の防止に寄与することを目的とする。

(助成対象)

第2条 助成対象は、次の検診(検査)とする。

- 2 眼科検診(受診項目に、①視力検査、②眼圧検査、③眼底検査のすべてを含むこと。)また、医師が必要と判断した場合、上記①～③の検査に追加して実施する、視野検査等の必要な追加検査も助成対象に含むものとする。

※法定健診および人間ドック時の検査実施は、対象となりません。

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、栃ト協の会員事業者に雇用された運転者とする。

- 2 会員事業者とは、助成金を申請する時点で栃ト協に加入している者をいう。ただし、新規加入した事業者については、入会后受診したものを対象とする。
- 3 栃ト協会費等の未納が有る場合は、その限りではない。

(助成対象期間)

第4条 助成対象期間は、令和6年4月1日(月)～令和7年2月28日(金)までに受診し、支払いが終了したものを対象とする。

- 2 期間内であっても助成枠に達した場合は、その時点で終了する。

(助成対象額)

第5条 助成金額は1回の受診に限り、運転者1名あたり、5,000円を上限とし、助成上限人数は1事業者あたり5名までとする。

ただし、実際の受診費用が上限額を下回る場合は、その金額を上限とする。

また、栃ト協及び行政、その他団体等から支払われる助成金等の総額が健診費用を超えてはならない。

(助成金の交付請求)

第6条 助成金の交付を請求する会員事業者は、栃ト協が指定する期日までに、別紙「令和6年度眼科検診受診助成金交付請求書」により、次の書類を添付し助成金の請求をするものとする。

- ①請求書(写)
- ②受診項目および受診者数がわかる書類(写)
- ③領収証(写)

なお、個人精算(領収証が個人宛)のものは対象外とする。

(助成金の交付)

第7条 栃ト協は、前条の「令和6年度眼科検診受診助成金交付請求書」の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、本助成事業に適合すると認めた場合は、申請事業者に対して助成金を交付する。

(助成金の返還)

第8条 栃ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、事業者に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。

- (1) この要綱に定める事項に違反したとき
- (2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき

2 前項の規定により返還を命じられた事業者については、栃ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として、当分の間、これを受付又は交付決定を行わないものとする。

(附 則)

1. 本要綱は、令和6年4月1日より適用する。

別紙

令和 年 月 日

一般社団法人 栃木県トラック協会 殿

名称
住所
代表者

印

令和6年度眼科検診受診助成金交付請求書

令和6年度眼科検診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

交付請求額	金 円			
検査医療機関名				
受診項目	視力検査 + 眼圧検査 + 眼底検査 (すべて受診必須)			
対象受診者	氏名：	男女	氏名：	男女
	生年月日： 年 月 日	男女	生年月日： 年 月 日	男女
	氏名：	男女	氏名：	男女
	生年月日： 年 月 日	男女	生年月日： 年 月 日	男女
	氏名：	男女	受診者数 名	
	生年月日： 年 月 日	男女		

※1名あたり、上限5,000円。(視力検査と眼圧検査と眼底検査すべて受診のこと)

※ただし、実際の受診費用が上限額を下回る場合は、その金額を上限とする。

※1事業者あたり、上限5名。

※法定健診および人間ドック時の検査実施は、対象となりません。

添付書類 医療機関等が発行する

①請求書の写し

②受診項目および受診者数がわかる書類の写し(請求書等に記載があれば不要)

③領収証の写し

※個人精算(領収証が個人宛)のものについては対象外。

(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

振込先

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

担当者名：

TEL：

FAX：

整理番号