

様式 1

脳ドック受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

一般社団法人京都府トラック協会 会長 殿

住 所
会社名
代表者名
電話番号

印

脳ドック受診

に係る助成金交付要綱を理解した上で第5条に基づき、下記のとおり申請(請求)します。

記

助成申請(請求)額 金 円

1. 申請明細

脳ドック受診者人数	名
-----------	---

2. 添付書類

①脳ドック受診者名簿(別紙1) ②検査機関への費用支払領収書の写し

3. 振込先銀行口座

銀行等口座 (銀行・信用金庫・信用組合) 支店

口座番号 (普通・当座)

(フリガナ)
口座名

脳ドック受診者名簿

会 社 名 : _____

No.	氏 名	所 属 営 業 所 名	検 査 機 関 名	受 診 年 月 日
1				
2				
3				
4				
5				

注) 本申請に記載された個人情報、脳ドック検査受診に係る事実確認のため当該検査実施機関に照会する場合を除き、第三者への開示はいたしません。

脳ドック受診料助成制度実施要綱

一般社団法人京都府トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、京都府トラック協会（以下「京ト協」という。）が、会員事業者に雇用されている運転者等に対する脳ドック受診を促進するため実施する助成金交付事業について、必要な事項を定め、事業を適正かつ円滑に実施し、労働災害事故防止に寄与することを目的とする。

(資格・要件)

第2条 助成対象は、京ト協会員事業者の京都府内営業所で雇用されている運転者等とする。

(助成の対象)

第3条 助成対象検査は、医療機関等が実施する脳ドックで「脳MRI」と「脳MRA」のセット受診とする。ただし、保険診療のMR検査は助成対象としない。

(助成額)

第4条 助成金額は、1名につき1回の受診に限り受診料の2分の1で、上限を10,000円とする。ただし、1事業者当たり5名までとする。

(助成金の請求)

第5条 検査終了後、会員事業者は速やかに京ト協に「脳ドック受診助成金交付申請書(様式1)」に「脳ドック受診者名簿(別紙1)」及び検査受診料の支払いが確認できる書類（領収書の写し等）を提出するものとする。

(申請受付等)

第6条 申請受付は、4月1日から3月11日までとする。ただし、上記期間内であっても、予算枠に達した場合はその時点で打ち切る場合がある。

(助成金の交付)

第7条 京ト協は、会員事業者から第5条に基づく「脳ドック受診助成金交付申請書(様式1)」等の提出があったときは、速やかにその内容を精査し、助成金を交付するものとする。

(報告)

第8条 京ト協は、この要綱に定める助成制度に関して、会員事業者に必要な報告を求めることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、当該事業に関する必要事項は、都度、京ト協がこれを定める。

本要綱は令和3年4月1日から適用する。