実績報告締切日：令和８年３月６日迄(※厳守)

※助成期間とは異なりますのでご注意ください。

助成対象期間は、令和7年4月1日～令和8年2月28日迄

【様　式】

令和 年 月 日

一般社団法人群馬県トラック協会

　　　　会長　　武　井　　　宏　殿

事業者名

代表者名

（取扱担当者名　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

**事業用貨物自動車運転者の定期健康診断受診実績報告書**

**（助成金交付請求書）**

要綱第６条に基づき、下記の通り請求いたします。

記

１　**助成金請求額** 　 　　 　円（　　　　　　名 ×　＠１，０００円）

※助成対象人数は、令和７年度「車両数及び労働者（従業員）数等の調査報告書」で報告いただいた運転者の人数まで助成します。報告していない事業者は、直近(過去年度)で報告いただいている運転者人数までとなります。

２　**振込先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店 |
| 口座番号 | 当座　・　普通 | No. |  |  |  |  |  |  |  |
| 口　座　名 | フリガナ |
|  |

※口座番号が７桁に満たない場合は、先頭部分に「０」を入力して、全部で7桁となるようにご入力ください。

３　**添付書類**（用紙サイズは全て**Ａ４判**で統一）

（１）別紙「定期健康診断受診運転者名簿」　※各事業者で、別途作成したものでも可

（２）検査・医療機関発行の「請求書(又は検査費用明細書)」の写し

（３）費用支払いの完了を証する書類（原則として領収書）の写し

※ 領収書(写)に代わる書類として、通帳(写)又は当座照合表(写)や入出金明細書(写)、

ＡＴＭ発行の振込明細表(写)、金融機関の出納印(受付印)のある振込依頼書(写)等

※インターネットバンキングによる支払いの場合は､振込依頼書と合わせて、必ず引き落とされたことが確認できる通帳の(写)等を添付してください。当座から振込の場合は、当座勘定照合表を添付願います。

上記書類を提出する際に健康診断費用以外の振込金額等が明記してある場合は、振込金

額をマーカー等で塗りつぶしていただきご提出ください。

【別　紙】　　　　　　　　　　　**定期健康診断受診運転者名簿**

事業者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏 名 | 受診日 | № | 氏 名 | 受診日 |
| 1 |  |  | 26 |  |  |
| 2 |  |  | 27 |  |  |
| 3 |  |  | 28 |  |  |
| 4 |  |  | 29 |  |  |
| 5 |  |  | 30 |  |  |
| 6 |  |  | 31 |  |  |
| 7 |  |  | 32 |  |  |
| 8 |  |  | 33 |  |  |
| 9 |  |  | 34 |  |  |
| 10 |  |  | 35 |  |  |
| 11 |  |  | 36 |  |  |
| 12 |  |  | 37 |  |  |
| 13 |  |  | 38 |  |  |
| 14 |  |  | 39 |  |  |
| 15 |  |  | 40 |  |  |
| 16 |  |  | 41 |  |  |
| 17 |  |  | 42 |  |  |
| 18 |  |  | 43 |  |  |
| 19 |  |  | 44 |  |  |
| 20 |  |  | 45 |  |  |
| 21 |  |  | 46 |  |  |
| 22 |  |  | 47 |  |  |
| 23 |  |  | 48 |  |  |
| 24 |  |  | 49 |  |  |
| 25 |  |  | 50 |  |  |

※定期健康診断を受診した運転者のみご記入ください。 （用紙が不足の場合はコピーして下さい。）