**様式３（第６条関係）**

令和　　年　　月　　日

一般社団法人群馬県トラック協会長

会　長　武　井　　宏　殿

会 社 名

住　　所

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者名

電話番号

F A X番号

脳ＭＲＩ健診等受診実績報告（請求）書

　当社所属の運転者に脳ＭＲＩ健診等を受診させたので、貴協会の「脳ＭＲＩ健診等受診助成金交付要綱」第５条に基づき必要書類を添えて助成金の交付申請をします。

記

１　健診受診人数　　　　脳ＭＲＩ健診　　　　　　　　　　人（＠１０,０００円）

　　　　　　　　　　　　脳ドック健診　　　　　　　　　　人（＠１５,０００円）

２　交付請求額 　　　　　 金　　　　　　　　　　円

３　助成金の振込先

（振込先口座）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | 支店 | | | | |
| 口座番号 | 普通　・　当座 | No． |  |  |  | | |  |  |  |  |
| 口座名 | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ４　添付書類　（用紙サイズは全てＡ４判に統一）  （１）健診受診者名簿  　（２）医療機関からの請求書（写）及び受診項目の確認できる  書類（写）  （３）医療機関への支払いを証する書類（写）  ※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。  　　※ご提出いただく添付書類（個人情報）等については、本事  業を円滑に遂行するため以外には使用いたしません。 | | | | | | | 協会受付欄 | | | | | |
|  | | | | | |