

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金申請書

平成 年 月 日

(社) 奈良県トラック協会会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査の助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 円

受診した検査・医療機関 いずれかを○で囲んで下さい。		1. NPO 法人睡眠健康研究所 2. NPO 法人大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構 3. 1、2以外の検査・医療機関（下欄にご記入下さい）	
事業者名			
代表者名		印	
住 所		〒	
電話番号			
一次検査受診者数	人	二次検査受診者数	人
当初の申請人数（様式1） に対する受診状況について いずれかを○で囲んで下さい。		1. 申請どおりに全員受診済み 2. 一部未受診者あり (①これから受診する〔 人〕 ②受診は中止する〔 人〕) ※受診後、請求をして下さい。	
当初の 申請人数	人	3. 申請以上の人数が受診した〔超過分 人〕 (超過した人数の追加の申請を〈様式1〉で提出して下さい。)	
振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行 支店	
	口座名義		
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

(1) 検査・医療機関の検査費明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。

検査医療機関名

検査・医療機関名	
代表者名	
住 所	〒
電話番号	(担当)