



【様式1】

年 月 日

(公社) 奈良県トラック協会
会長 殿

住 所
会 員 名
代表者名
T E L
担当者名

印

脳健診受診促進助成金交付申請書兼誓約書

脳健診受診促進助成金交付要綱第6条に基づき、下記のとおり申請します。また、本申請に係る脳健診の受診費用について、国又は他団体の補助金の交付を受けておらず、今後もし受けないことを誓約いたします。

記

請求金額 _____ 円 (金額訂正不可)
(20,000円×受診人数)

1. 受診者名及び受診年月日 受診者名簿のとおり
2. 受診人数 _____ 人 (1社、上限10人)
3. 振込先

金融機関名			支店名						
預金種類 (該当に○)	普通	当座	口座番号						
フリガナ									
口座名義									

4. 添付書類

- 受診者名簿 (様式2)
- 受診者の運転者台帳の写し
- 受診にかかる領収証 (受診者名記載) の写し (運転者個人あての領収証は不可)
※領収証がない場合は、受診にかかる請求書 (受診者名記載) の写し及び金融機関等の振込金受取書等の写し
- 受診結果の写し (受診者名、受診日、検査項目が記載されたもの)
※受診結果はスミ消し可。



【様式2】

受診者名簿

会員名 _____

No.	ふりがな 氏名	受診年月日
1		令和 年 月 日
2		令和 年 月 日
3		令和 年 月 日
4		令和 年 月 日
5		令和 年 月 日
6		令和 年 月 日
7		令和 年 月 日
8		令和 年 月 日
9		令和 年 月 日
10		令和 年 月 日