様式１

　　年　　月　　日

**健康診断受診料助成金交付申請書**

公益社団法人 和歌山県トラック協会会長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

関係書類を添えて申請致します。

記

１．健康診断実施年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

２．受　診　者　数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

３． 請　求　金　額　（※参　照）＠2,000円×受診者数　　 　　　　　　　　　　　　　　円

４．（令和６年４～６月分会費請求台数）　　登録台数　　　　　　　　　台

（内トレーラー除く　　　　台）

５．振　　込　　先

|  |  |
| --- | --- |
| ①金融機関名 |  |
| ② | 当　座　・　普　通　　№ |
| ふ り が な |  |
| ③口　座　名 |  |

　　　①金融機関名・・・○○銀行○○支店と、支店名まで明記。

　　　②・・・該当預金口座を○で囲む。口座№を正確に記入。

　　　③口　座　名・・・申請者と同一。

６．添付書類

　（１）受診者名簿（様式２）

　（２）医療機関領収証のコピー（受診料単価、受診人数記載のもの）

　　　領収証に受診料単価、受診人数の記載がない場合、受診料単価、受診人数が記載された請求書と領収書をあわせて提出して下さい。

　※令和６年４月～６月分会費請求書による県内登録の事業用トラック（ﾄﾚｰﾗ除く）台数に当　　　　たる数を上限とし、算出人数×2,000円を記入する。また、年度途中加入の事業者につい　　　　ては加入後初回の会費請求書による車両数で算定する。

　　　なお、受診料が2,000円を下回る場合は受診料（税抜）の1/2（100円未満切り捨て）と　　　　する。