

令和4年度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制度実施要綱

令和4年 3月28日制定
一般社団法人宮崎県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、(一社)宮崎県トラック協会(以下、「県ト協」という)及び陸上貨物運送事業労働災害防止協会宮崎県支部(以下、「陸災防宮崎県支部」という)の会員事業者には雇用されている運転者・荷扱手等(以下「運転者等」という)に対する睡眠時無呼吸症候群(以下「SAS」という)のスクリーニング検査を促進するための助成金交付事業について必要な事項を定め、事業を適正かつ円滑に実施し、事故防止に寄与することを目的とする。

(資格・要件)

第2条 助成対象は、県ト協及び陸災防宮崎県支部の会員事業者には雇用されている運転者等とし、第4条にあるスクリーニング検査を受ける場合、その検査の一部に充てるための助成金を、予算の範囲内で交付する。
ただし、前年度会費未納会員については、助成資格対象外とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、(公社)全日本トラック協会指定の検査・医療機関(別紙)とする。

会員事業者は「様式1-1」の「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係るスクリーニング検査事前申込書」により事前に県ト協宛てに申込みを行い、「様式1-2」の「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係るスクリーニング検査申込書兼委任状」を医療機関に送付し検査を行う。検査終了後に「様式1-3」の「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係るスクリーニング検査実績報告書」にて県ト協宛てに申請を行う。

(助成の対象)

第4条 助成対象検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第一次検査(簡易アンケートによるチェック、解析、判定)および第二次検査(パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査)とする。

(助成の交付額)

第5条 助成金額は、次のとおりとする。

- 1 第一次検査費用の半額。(上限500円/人)
- 2 第二次検査費用の半額。(上限2,000円/人)
- 3 第一次検査及び第二次検査を同時に実施している場合は合計費用の半額
(上限2,500円/人)

(助成の限度)

第6条 助成の限度額は、1会員あたり50名を限度とする。

(助成の申請期限)

第7条 検査期限は令和5年 2月17日までとし、申請書は令和5年 2月28日必着とする。

(助成金の申請)

第8条 助成金の申請については、別紙「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係るスクリーニング検査実績報告書」(様式1-3)とともに当該検査・医療機関の検査費明細書(写)及び領収書(写)を添付する。

(交付決定通知)

第9条 県ト協は、前条のスクリーニング検査実績報告書を受理した際は、内容を審査し、交付決定通知書により交付決定を会員に通知する。
その後、会員に助成金を交付するものとする。

(報告書)

第10条 助成対象事業者は、スクリーニング検査終了後、「スクリーニング検査結果状況等の報告および検査及び検査・医療機関についてのアンケート」を全ト協HP上の回答ページより報告しなければならない。

(報告方法)

下記のアンケート回答ページより報告する。(全日本トラック協会ホームページ)

- ①ページ上部「会員の皆様へ」 → ②ページ左部「助成制度」 →
- ③『トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成事業』 →
- ④ページ上部「検査後の『アンケート回答ページ』はこちら」

本要綱は令和4年4月1日から施行する。

令和4年3月28日改正(第9条・第10条)

別紙

全日本トラック協会指定の検査機関（令和4年3月現在）

■ NPO法人 睡眠健康研究所

（所在地） 〒156-0042 東京都世田谷区羽根木1-25-16

（電話番号） 03-5355-9941

（FAX番号） 03-5355-9956

■ NPO法人 ヘルスケアネットワーク

（所在地） 〒536-0014 大阪府大阪市城東区鳴野西2丁目11番2号
大阪府トラック総合会館3階

（電話番号） 06-6965-3666

（FAX番号） 06-6965-5261

■ 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター

（所在地） 〒160-0004 東京都新宿区四谷3-2-5

全日本トラック総合会館2階

（電話番号） 03-3359-9010

（FAX番号） 03-3356-5454

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査事前申込書

令和 年 月 日

(一社) 宮崎県 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(SAS)」スクリーニング検査を申し込みます。

事業者名	
代表者名	印
住所	〒 -
電話 / FAX番号	
連絡責任者名	
連絡責任者メールアドレス	

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込みされる人数をご記入ください。

全 ト 協 指 定 機 関	NPO法人 <u>睡眠健康研究所</u>	人
	NPO法人 <u>ヘルスケアネットワーク</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター</u>	人

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記にご記入ください。

地 方 協 会 指 定 機 関	検査・医療機関名	人
	代表者名	
	住所	
	〒 -	
	電話番号 _____ 担当者名 _____	

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。
特に増員については、受診前に連絡がない場合は助成が受けられなくなる場合もございます。

【様式1-2】

(会員事業者 → 検査・医療機関)

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る

スクリーニング検査申込書兼委任状

令和 年 月 日

殿 (検査を申込みされる検査・医療機関名をご記入ください。)

事業者名		(連絡責任者) 役職・氏名	
代表者名	印	電話番号	
住所	〒 -		

- 私（申込者）は、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」と言う）のスクリーニング検査申込にかかる一切の事務及びSASスクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。
また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる労働災害事故を未然に防止する事から検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。
- 私（事業者）は、下記の者の検査から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、SASスクリーニング検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。
- 私（事業者、申込者）は、SASスクリーニング機器は医療精密機械であり、取り扱いについては充分注意致します。 不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。
- 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。
なお、申込者より本状の写しを求められたときは当該者の欄のみの写しを渡す。

※ 検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的外利用及び紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

No.	機器 No.	申込者氏名 (上段)	住所 (上段)		印
		電話番号 (下段)	同意年月日 (下段)		
1		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
2		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
3		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
4		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
5		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
6		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	

No.	機器 No.	申込者氏名 (上段)	住所 (上段)		印
		電話番号 (下段)	同意年月日 (下段)		
7		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
8		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
9		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
10		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
11		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
12		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
13		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
14		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
15		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
16		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
17		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
18		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
19		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
20		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	

(注) 都道府県トラック協会への申請(様式1-1)の提出はお済みでしょうか。
事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合もございますので、ご注意ください。

※ この検査申込書兼委任状は、「A3」版で、ご提出ください。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る

スクリーニング検査実績報告書

令和 年 月 日

(一社) 宮崎県トラック協会 会長 殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 _____ 円

<p>受診した検査・医療機関</p> <p>いずれかを○で囲んでください。</p>	<p>1. NPO法人睡眠健康研究所</p> <p>2. NPO法人ヘルスケアネットワーク</p> <p>3. 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター</p>		
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
事前申込書【様式1-1】でご記入いただいた申込み人数		人	
<p>事前申込書【様式1-1】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>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)</p> <p>※ 未受診の方は早急に検査を受けてください。また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。</p>			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行	支店
	口座名義		
	口座番号	<p>1. 普通</p> <p>2. 当座</p>	

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。