

脳・心臓ドック受診促進助成金交付要綱

令和5年3月28日

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「宮ト協」という。)が行う、会員事業者(以下「会員」という。)が行う運転者の脳・心臓ドックの受診に係る助成金の交付に関して、必要な事項を定め、適正かつ円滑に事業を推進し、運転者の脳・心臓ドックの受診率の向上を図り、健康状態に起因する事故を防止することを目的とする。

(助成対象)

第2条 宮崎県内の営業所に所属する者とする。ただし、前年度会費未納事業所は助成対象外とする。

(助成対象検査)

第3条 助成の対象となる検査は、脳・心臓ドックとする。

但し、診療の対象となった脳ドックの受診は、助成対象外とする。

(助成額・上限人数)

第4条 助成額は、1名につき5,000円とし、1社あたり5名を上限とする。

(助成対象期間及び受付期間等)

第5条 令和5年4月1日から令和6年3月15日までに支払いが完了したものを対象とする。

- 2 申請・請求書の受付期間は、令和5年4月1日から令和6年3月15日 必着までとする。なお、上記期間内であっても予算に達した場合、その時点までとする

(助成金の交付申請)

第6条 助成金を受けようとする会員は、「脳・心臓ドック受診促進助成金申請・請求書」に所定事項を記載し、添付書類を添えて、別に定める期日までに協会窓口へ提出する。また、郵送による申請についても受け付けるものとし、受付日は申請書が協会に到着した日とし、提出期限必着に郵送されたものを助成対象とする。

- 2 添付書類等、必要書類を満たさない申請については、これを受理しない。

(助成金の決定)

第7条 宮ト協は前条申請書の提出があったときは、速やかにその申請を審査し、その申請内容が適合すると認められたときは、助成金の交付決定を行い、「脳・心臓ドック受診促進助成金交付決定通知書」を事業者に通知する。

(助成金の交付)

第8条 宮ト協は前条の「脳・心臓ドック受診促進助成金交付決定通知書」に基づき、内容及びこれに付した条件に適合すると認められたときは、事業者に対して、助成金を交付する。

(助成金の返還)

第9条 宮ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、事業者に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。

- 2 この要綱その他宮ト協が定める事項に違反したとき。
- 3 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき。

(その他必要な事項)

第10条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、宮ト協が別にこれを定める。

(附 則)

1. 本要綱は令和5年4月1日より適用する。

一般社団法人宮崎県トラック協会長 殿

令和 年 月 日

所在地
事業者名
代表者名
TEL
担当者名

令和5年度 脳・心臓ドック診断実施報告書

標記について、下記のとおり実施しましたので、報告します。

記

1. 実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日にて実施
(4月1日から翌年3月15日までが助成対象実施期間です)

2. 医療機関

所在地 (市町村名のみ)		
名称		

3. 受診者数及び助成金額

受診者数 名 × 5,000円 = 助成金額 円

4. 助成金振込希望金融機関

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
		普通・当座		

5. 添付書類

- (1)医療機関の領収書の写し。(※個人宛の領収書の場合(3)の書類が別途必要)
- (2)受診者名簿
- (3)受診者が事業者に所属している事の証明書(例.運転者台帳、従業員一覧表等)

別 紙

脳・心臓ドック受診者名簿

番 号	受診項目	役 職 名	氏 名
1	脳ドック・心臓ドック		
2	脳ドック・心臓ドック		
3	脳ドック・心臓ドック		
4	脳ドック・心臓ドック		
5	脳ドック・心臓ドック		

↑ 該当項目に○印

令和 年 月 日

一般社団法人宮崎県トラック協会長 殿

所在地
事業者名
代表者名
TEL
担当者名

令和5年度 脳・心臓ドック実施報告書

標記について、下記のとおり実施しましたので、報告します。

記
脳・心臓ドックを実施した期間を記載

1. 実施期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
(4月1日から翌年3月15日までが対象期間です)

2. 医療機関

所在地 (市町村名のみ)	宮崎市〇〇	都城市〇〇
名称	〇〇病院	〇〇健診センター

3. 受診者数及び助成金額

受診者数 5 名 × 5,000円 = 助成金額 25,000円

- ①助成金は実施期間中1人1回限りとして、上限5名までとする。
②助成対象者は、宮崎県内の営業所に所属する者とする。

4. 助成金振込希望金融機関

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	〇〇〇〇〇〇〇〇	(株)〇〇運輸

5. 添付書類

- (1)医療機関の領収書の写し。(※個人宛の領収書の場合(3)の書類が別途必要)
(2)受診者名簿
(3)受診者が事業者に所属している事の証明書(例.運転者台帳、従業員一覧表等)

別 紙

脳・心臓ドック受診者名簿

番 号	受診項目	役 職 名	氏 名
1	脳ドック・心臓ドック	運転者	〇〇 〇〇
2	脳ドック・心臓ドック	運転者	〇〇 〇〇
3	脳ドック・心臓ドック		
4	脳ドック・心臓ドック		
5	脳ドック・心臓ドック		

↑ 該当項目に○印