令和　 　年　　月　 日

一般社団法人宮崎県トラック協会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名

**令和６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 |  |  |  |  |
|  |  | 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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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○○ | 都城市○○ |
| 名　　　称 | ○○病院 | ○○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 |  |  |  |  |
| ○○銀行 | ○○支店 | 普通 ・ 当座 | ○○○○○○○ | ㈱○○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