



【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

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。

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 様式2のとおり
2. 受診人数 _____ 人 (1社、上限10人)
3. 振込金融機関

金融機関名 _____ 本・支店名 _____
フリガナ _____
口座名 _____ (普通・当座) 口座番号 _____

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
※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依頼書等の写し
 - 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