

(一社) 愛知県トラック協会 会長 殿

住所 愛知県名古屋市長区瑞穂区新開町 12 番 6 号

会社名 愛ト協運送株式会社

代表者名 愛知 太郎

会社印

※会社印 (丸印・角印の何れか)

脳・心臓ドック受診助成 交付申請書

標記助成金の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
申請時の愛知県内に使用の本拠を置く事業用貨物自動車数 (被牽引除く) は、**10** 両です。
また、申請に当たり、以下のことを誓約又は同意します。

- ・受診一覧 (様式 2) に記載の従業員等は、愛知県内の営業所において従事しています。
- ・交付申請金額の対象経費は、自社が費用を負担しており、従業員等が負担した費用は含まれておりません。
- ・申請直近の会費の納入が完了しています。
- ・申請内容に虚偽及び不正はありません。申請後に虚偽及び不正が判明した場合、申請の取下げ、助成金の返還及び愛知県トラック協会が行う措置に対して異議等の申し立ては一切行いません。
- ・愛知県トラック協会から本申請に関して報告を求められたときは、誠意をもって対応します。
- ・今後、本申請に係る助成金立入調査の対象となった際、正当な理由がなく拒み、妨げ、又は忌避しないことを誓約します。

記

年度内の申請件数の上限は上記の数

1. 申請内容

	申請件数	申請金額 (※)
(一社) 愛知県トラック協会	2 件	20,000 円

(※) 捨印修正不可

2. 添付書類

- (1) 脳・心臓ドック受診一覧 (様式 2)
- (2) 受診内容 (※) が記された診療明細書の写し又は請求書の写し ※検査項目、会社名、受診者名、当該検査単価
- (3) 医療機関への支払いが証明できる書類 (領収書等の写し)
- (4) 雇用形態に応じて次の何れかの書類
 - ア (非) 正規雇用: 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し
 - イ 法人役員で雇用保険被保険者でない者: 全部履歴事項証明書の写し
 - ウ 法人役員で雇用保険被保険者である者: 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し
 - エ 出向: 出向契約書の写し ※氏名及び期間が明示されていること
- (5) 入金口座登録書 (既に提出済みの場合は不要、登録内容が不明の場合は提出)

添付書類の注意事項を確認

3. 本申請の担当者名・連絡先

代理申請者は社名記入 <input checked="" type="checkbox"/> 会員事業者 <input type="checkbox"/> 代理申請者	担当者名 愛知 次郎	TEL : 052-746-4863
		FAX : 052-746-4860
	Mail : ○○@△△.co.jp	



(一社) 愛知県トラック協会 会長 殿

住所

会社名

代表者名

印

※会社印 (丸印・角印の何れか)

脳・心臓ドック受診助成 交付申請書

標記助成金の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
申請時の愛知県内に使用の本拠を置く事業用貨物自動車数 (被牽引除く) は、 両です。
また、申請に当たり、以下のことを誓約又は同意します。

- ・受診一覧 (様式 2) に記載の従業員等は、愛知県内の営業所において従事しています。
- ・交付申請金額の対象経費は、自社が費用を負担しており、従業員等が負担した費用は含まれておりません。
- ・申請直近の会費の納入が完了しています。
- ・申請内容に虚偽及び不正はありません。申請後に虚偽及び不正が判明した場合、申請の取下げ、助成金の返還及び愛知県トラック協会が行う措置に対して異議等の申し立ては一切行いません。
- ・愛知県トラック協会から本申請に関して報告を求められたときは、誠意をもって対応します。
- ・今後、本申請に係る助成金立入調査の対象となった際、正当な理由がなく拒み、妨げ、又は忌避しないことを誓約します。

記

1. 申請内容

(一社) 愛知県トラック協会	申請件数	申請金額 (※)
	件	円

(※) 捨印修正不可

2. 添付書類

- 脳・心臓ドック受診一覧 (様式 2)
- 受診内容 (※) が記された診療明細書の写し又は請求書の写し ※ 検査項目、会社名、受診者名、当該検査単価
- 医療機関への支払いが証明できる書類 (領収書等の写し)
- 雇用形態に応じて次の何れかの書類
 - ア (非) 正規雇用：雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し
 - イ 法人役員で雇用保険被保険者でない者：全部履歴事項証明書の写し
 - ウ 法人役員で雇用保険被保険者である者：雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し
 - エ 出向：出向契約書の写し ※ 氏名及び期間が明示されていること
- 入金口座登録書 (既に提出済みの場合は不要、登録内容が不明の場合は提出)

3. 本申請の担当者名・連絡先

代理申請者は社名記入 <input type="checkbox"/> 会員事業者 <input type="checkbox"/> 代理申請者	担当者名	TEL : — —
		FAX : — —
Mail :		

脳・心臓ドック受診料助成一覧

・対象経費が助成金額を下回る場合は、百円単位を切り捨てた金額が助成額となります。（例）9,800円→9,000円

会社名	愛ト協運送株式会社
-----	------------------

脳・心臓ドックのみの費用(税抜)を記入

整理 番号	受診者名	分類	検査受診 年月日	検査医療機関名	対象経費(税抜)	助成額
						愛ト協
例	愛知 一郎	脳ドック・心臓ドック	令和8年10月9日	〇〇病院	18,000	10,000
1	愛知 太郎	脳ドック・心臓ドック	令和8年10月9日	〇〇病院	15,000	10,000
2	愛知 太郎	脳ドック・心臓ドック	令和8年10月9日	〇〇病院	15,000	10,000
3	愛知 次郎	脳ドック・心臓ドック	令和8年10月15日	〇〇クリニック	9,500	9,000
4		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
5		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
6		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
7		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
8		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
9		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
10		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			

脳・心臓ドック受診料助成一覧

・対象経費が助成金額を下回る場合は、百円単位を切り捨てた金額が助成額となります。（例）9,800円→9,000円

会社名

整理 番号	受診者名	分類	検査受診 年月日	検査医療機関名	対象経費(税抜)	助成額
						愛ト協
例	愛知 一郎	脳ドック・心臓ドック	令和8年10月9日	〇〇病院	18,000	10,000
1		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
2		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
3		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
4		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
5		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
6		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
7		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
8		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
9		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			
10		脳ドック・心臓ドック	令和 年 月 日			