



(公社) 全日本トラック協会 会長 殿

住所

会社名

代表者名 _____ 印

※会社印 (丸印・角印の何れか)

睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査助成 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。
また、申請に当たり、以下のことを誓約又は同意します。

- 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。
- 全日本トラック協会の助成金申請にあたり、当該申請に対して国の補助金申請を行わない (行っていない) ことをお誓いします。

記

1. 申請内容

(公社) 全日本トラック協会	申請件数	申請金額 (※)
	件	円

(※) 捨印修正不可

2. 添付書類

- 指定検査・医療機関発行の検査費用明細書等の写し ※受診者名、受診日明記のこと
- 助成対象経費に係る支払いを証する書類 (領収書等の写し) ※宛名は事業者であること

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 :	

(事務局使用欄)