（様式１）

年　　月　　日

一般社団法人兵庫県トラック協会
　会　長　　木 南　一 志　殿

住　　所
事業者名
代 表 者　　代表者印
電　　話
ＦＡＸ　　担当者：

脳ドック受診助成金交付申請書

脳ドック受診料助成事業実施要綱第５条に基づき、助成金の支払いについて下記の通り申請いたします。

記

助成金申請額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

助成金の振込先

金融機関名		支 店 名	
口座種別	当　座　・　普　通	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【添付書類】
① 請求書の写し及び領収書の写し又は支払いの確認が出来るもの
（ネットでの支払に関しては請求先への資金移動が確認できるもの）
② 脳ドック受診者名簿（様式２）
③ 運転者台帳（写真付）の写し
④ 頭部ＭＲＩと頭部ＭＲＡをセット受診したことが分かる書類