

中部交通共済協同組合  
理事長 殿

申請年月日を記入してください。

※本通は必ず原本を提出し  
てください。

連絡先住所.....

組 合 員 名.....

代 表 者.....

担 当 者.....

電 話.....

印

※印鑑は代表者印

### 睡眠時無呼吸症候群 (SAS) スクリーニング検査費用

### 補助金申請書

補助対象医療機関にて睡眠時無呼吸症候群 (SAS) に係るスクリーニング検査を行いましたので、補助要領に基づき補助金を申請いたします。

#### 1 申請内容

<p><b>受診した検査・医療機関</b></p> <p>・いずれかを○で囲んでください。 ・1～3 以外の検査・医療機関 で受診の場合詳細をご記入 ください。</p>	<p>1. NPO 法人睡眠健康研究所 2. NPO 法人ヘルスケアネットワーク 3. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター 4. 検査・医療機関</p> <p>検査・医療機関名 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話番号 _____ 担当者名 _____</p>
<p><b>補助金額</b></p>	<p>※1 組合員あたりの補助人数は、対人共済契約を締結した両数を上限とする。</p> <p>※SAS スクリーニング検査費用から各県トラック協会等の助成金を差し引いた金額を対象とし1名あたり 2,000 円の補助とする。</p>

申請人数

名

円

申請人数

※申請にあたっては、個人情報の使用について受診者本人の同意を得ているものとみなします。

金額訂正は不可のため書き直してください。

#### 2 受取口座

金融機関名	銀行	支 店 名	支店
預金種目		口座番号	
口座名義人	(組合員名と同一名義に限ります。)		

#### 3 必要書類

- (1) 各トラック協会へ助成金請求手続きを行う場合、助成金請求書 (写) またはスクリーニング検査実績報告書 (写)
- (2) 検査・医療機関発行の受診者名簿等 (写)
- (3) 請求書 (写) 及び領収書 (写) 宛名は組合員名であり、ただし書きで検査項目および検査人数が記載してあること。