別記

第１号様式（第５条関係）

 　　　　　 年 月 日

 岐阜県知事 様

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名称

 　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名

　　　岐阜県貨物自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金交付申請書

 下記のとおり標記補助金の交付を受けたいので、岐阜県補助金等交付規則第４条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

　補助申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　（内訳）　　受診対象者　　　名　×　　　　　　円

≪添付書類≫

　（１）岐阜県貨物自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金申請内容（別紙）

　（２）補助事業者が受診料を全額負担することを示す書類

　　　　（例：補助事業者が作成した健診受診事業規程、補助事業者の申出書等）

　（３）受診機関の名称、受診内容及び受診料が記載された書類

　（４）第２条第１号に規定するトラック事業者に該当することを証する書類

　（５）貨物自動車運送事業の用に供する車両（岐阜県内に使用の本拠の位置があるものに限る）の

台数が分かる書類

別紙

岐阜県貨物自動車運送事業者脳健診受診促進事業費補助金申請内容

　補助事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診対象者氏名（年齢） | 受診予定日 | 補助対象経費 | 補助金額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |