

平成30年度「睡眠時無呼吸症候群（SAS）スクリーニング検査助成事業」実施要領

公益社団法人宮城県バス協会

（事業目的）

第1条 この助成は、睡眠時無呼吸症候群検査に対する助成であって、バス事業者に雇用されている運転者を対象とする。運転障害の一因としてあげられる睡眠時無呼吸症候群（以下、「SAS」という。）の検査の一部を助成することにより、検査を促進し交通事故防止を図ることを目的とする。

（助成対象）

第2条 バス事業者のうち、宮城県内事業所に勤務している運転者とする。
ただし、平成29年度の受診助成者は対象外とする。

（助成対象検査・医療機関）

第3条 助成対象検査機関は下記検査機関等とする。

睡眠時無呼吸症候群検査

- （1）SAS診療医療機関
- （2）NPO法人 睡眠健康研究所
- （3）NPO法人 ヘルスケアネットワーク
- （4）一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター

（助成の対象）

第4条 助成対象検査は下記のとおりとする。

SASスクリーニング検査のうち、簡易アンケートによるチェック、解析、判定及びパルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査とする。

（助成額）

第5条 助成金の交付額は下記のとおりとする。

SASスクリーニング検査費用に関し、1名3,500円（上限）の助成とする。

（助成・検査申込等）

第6条 受診助成は、協会の予算の範囲内において、①上期（4～9月）及び②下期（10～2月）にわけて2回実施する。申込みの手順については下記のとおりとする。

- 1 バス事業者は「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成申込書」（様式1）により事前に協会宛申込みを行う。その際、受診者名簿（様式3）により受診人数を別表の期日までに提出する。
- 2 バス事業者は、「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成申込書」を、別表の期日までに行う。
- 3 バス事業者は、検査終了後、「検査完了報告及び助成金交付請求書」（様式2）と受診者名簿（様式3）を速やかに協会に提出する。その際、受診の内容が確認できる領収書写し若しくは振込書写し及び受診内容がわかる請求書を添付することとする。
- 4 宮城県バス協会は、助成金申請書の内容を審査し、事業者に対して助成金を交付する。

	①上期（4月～9月）	②下期（10月～2月）
1. 申込書提出	6月末まで	6月末まで
2. 検査受診期限	9月末まで	2月末まで

（その他必要な事項）

第7条 この要領に定めるもののほか、その他の必要事項は、協会が別にこれを定める。

附則

本要領は、平成30年 4月13日から適用する。

(様式1)

平成 年 月 日

公益社団法人宮城県バス協会長 殿

事業者名
代表者名
担当者名
TEL

印

睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成申込書
(平成30年度)

① 上期 (4～9月)

睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査の助成を申し込みます。

② 下期 (10～2月)

記

「睡眠時無呼吸症候群 (SAS) スクリーニング検査」

1. 受診助成人数 名

(様式2)

平成 年 月 日

公益社団法人宮城県バス協会長 殿

事業者名
代表者名
担当者名
TEL

印

睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査受診完了報告及び
助成金交付請求書の送付について

睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査受診が完了したので、報告致します。
なお、助成金の額及び送金先は、下記のとおりです。

記

1. 検査機関名 _____
2. 受診助成人数 _____ 名
3. 助成金請求額 _____ 名 × 3,500円 = _____ 円
4. 助成金振込先
 - ①金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・その他
 - ②支店名 _____ 支店
 - ③預金種別 普通預金 ・ 当座預金
 - ④口座番号 _____
 - ⑤口座名義 _____

(注)

1. 次の資料を添付してください。
 - ①受診内容がわかる領収書写し若しくは振込書の写し及び受診内容のわかる請求書
 - ②受診者の名簿（様式3）

様式3（共通）

受診助成予定者及び実績名簿

事業者名 _____

NO	氏名	年齢	受診 予定月	未 受診	受診月日
	合計 (名)				

