

2019年度「脳健診費用助成事業」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、脳健診費用等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運転中における突発性運転不能障害を引き起こす可能性が高い脳疾患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 バス事業者で宮城県内事業所に勤務している者とする。ただし、平成30年度の受診助成者は対象外とする。

(助成の対象)

第3条 助成対象検査は下記のとおりとする。
脳MRI健診及び及び脳ドックとする。

(助成額)

第4条 助成金の交付額は下記のとおりとする。
脳健診費用に対し、1名10,000円(上限)とする。
なお、1事業者300,000円を上限とする。
ただし、乗務員が100名以上の事業者は500,000円を上限とする。

(助成・検査申込等)

第5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)にわけて実施する。

申込みの手順についてはつぎの通りとする。

- 1 バス事業者は「脳健診費用助成申込書」(様式1)に受診者名簿(様式3)を添えて期限までに協会に申込みを行う。
- 2 バス事業者は、「脳健診」を期限までに行う。
- 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請求書並びに領収書写しまたは振込書写し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。
- 5 申込書提出期限並びに検査受診期限

	①上期(4月~9月)	②下期(10月~2月)
1. 申込書提出	5月末まで	10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6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、2019年4月10日から適用する。

(様式1)

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

⑩

担当者名

電話番号

2019年度「脳ドッグ・脳健診」助成申込書

「脳ドッグ・脳健診」を下記期間に受診したく、別添名簿を添えて
申し込みます。

記

1. 受診予定期間

<input type="checkbox"/>	上期（4月～9月）に検査を実施
--------------------------	-----------------

<input type="checkbox"/>	下期（10月～2月）に検査を実施
--------------------------	------------------

※上期・下期のいずれかに○印を記入ください。

2. 助成対象申込者数 _____ 名

(様式2)

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

印

担当者名

電話番号

2019年度「脳ドッグ・脳健診」受診完了報告及び助成金交付請求書

「脳ドッグ・脳健診」の受診が完了したので、関係書類を添えて下記のとおり助成金を請求致します。

記

1 検査機関名

(受診者数) (助成単価) (助成金請求額)

2 助成金請求額 _____ 名 × 10,000円 = _____ 円

3 助成金振込先

金融機関名		支店名
銀行 信組 労金	信金 農協	支店
預金種別		口座番号
1 普通	2 当座	
メイギ		
名義		

4 添付書類

- ① 受診内容が判る請求書並びに領収書写しまたは振込書の写し
- ② 受診者名簿 (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)				

