

令和5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 バス事業者で宮城県内事業所に勤務している者とする。ただし、令和4年度の受診助成者は対象外とする。

（助成対象の検査）

第3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4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3,000円（上限）の助成とする。

なお、1事業者60,000円を上限とする。

各事業者からの申請額の合計が全体の予算額を上回った場合は、予算額の範囲内で調整（減額）することとする。

（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、実施する。

申込みの手順については次のとおりとする。

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）に受診者名簿（様式2）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、「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査」を期限までに行う。
3. バス事業者は、検査終了後、「助成金交付請求書」（様式3）と受診者名簿（様式2）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（受診がわかる明細書も可）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、各事業者に対して令和6年3月末日までに助成金を一括して交付する。
5. 申込書提出期限、検査受診期限並びに交付請求書提出期限
 - ①申込書提出期限 令和5年 6月 末日
 - ②検査受診期限 令和6年 2月15日
 - ③交付請求書提出期限 令和6年 2月 末日

（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、令和5年4月6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 _____

令和5年度「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査」助成申込書

「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査」を受診したく、別添名簿
を添えて申し込みます。

記

1. 助成対象申込者数 _____ 名

■経理責任者：部署・役職 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

■担当者：部署・役職 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

(様式3)

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 _____

令和5年度「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査」助成金交付請求書

「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査」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 × 3,000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	
マイギ		
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2）

■ 経理責任者：部署・役職 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____

■ 担当者：部署・役職 _____ 氏名 _____ 連絡先 _____