

# 「心臓ドック検査助成制度」実施要領

## 令和4年度

- 対象期間 : 令和4年4月1日から令和5年2月28日まで  
申込期間 : 令和4年4月1日から令和5年1月31日まで  
請求期間 : 令和4年4月1日から令和5年3月15日まで

公益社団法人奈良県バス協会

## 令和4年度「心臓ドック検査助成制度」実施要領

公益社団法人奈良県バス協会

### (事業目的)

第1条 この要領は、バス事業において、安全運行の確保が最重点課題となっていることから、健康起因事故防止のため会員事業者が心臓ドック検査を実施した場合について、補助金を交付することを目的とする。

### (助成対象事業)

第2条 助成の対象は、会員事業者が医療機関で心臓ドック検査を受診した場合とする。  
2 助成対象期間は、令和4年4月1日から令和5年2月28日までとする。

### (助成額)

第3条 補助金の交付額は、検査費用に対し、1名5,000円(定額補助)とする。

### (申し込み)

第4条 会員事業者は、検査を実施しようとするときは、様式1の心臓ドック検査申込書を令和5年1月31日までに奈良県バス協会に提出しなければならない。

### (事業完了報告及び補助金交付請求書の提出)

第5条 会員事業者は、心臓ドック検査の検査終了後、奈良県バス協会から補助金の交付を受けようとする場合は、様式2「心臓ドック検査」事業完了報告及び補助金交付請求書を提出しなければならない。

### (補助金の交付)

第6条 奈良県バス協会は、前条の交付請求書の提出があった時は、会員事業者に補助金を交付する。

### 附則

この要領は、令和4年4月1日から適用する。

様式 1

令和 年 月 日

公益社団法人奈良県バス協会  
会長 殿

事業者名  
役職名  
代表者名

印

心臓ドック検査申込書

下記の運転者が心臓ドック検査を受診しますので申し込みます。

NO	氏名	生年月日(年齢)	職種	受診病院名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

公益社団法人奈良県バス協会  
会長 殿

事業者名  
役職名  
代表者名

㊞

「心臓ドック検査」事業完了報告及び補助金交付請求書

「心臓ドック検査」事業が完了したので、心臓ドック検査に対する受診料助成制度実施要領第5条に基づき、下記のとおり補助金を交付されるよう請求します。

記

- 1. 助成人数 名
- 2. 補助金請求額 円
- 3. 補助金振込先
  - ①金融機関 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. この請求書は、奈良県バス協会あて提出してください。  
 2. 次の資料を添付してください。  
 ① 受診検査項目と受診者数が記載された医療機関の請求書及び領収書の写し  
 若しくは振込書の写し