

# 「脳MRI（磁気共鳴画像）検査助成制度」実施要領

## 令和6年度

- 対象期間 : 令和6年4月1日から令和7年2月28日まで  
申込期間 : 令和6年4月1日から令和7年1月31日まで  
請求期間 : 令和6年4月1日から令和7年3月15日まで

公益社団法人奈良県バス協会

## 令和6年度「脳MRI(磁気共鳴画像)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運転者の脳MRI(磁気共鳴画像)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、会員事業者の運転者が医療機関で脳MRI(磁気共鳴画像)検査を受診した場合とする。  
2 助成対象期間は、令和6年4月1日から令和7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の脳MRI(磁気共鳴画像)検査申込書を令和7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、脳MRI(磁気共鳴画像)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の「脳MRI(磁気共鳴画像)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6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

脳MRI(磁気共鳴画像)検査申込書

下記の運転者が脳MRI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

㊞

「脳MRI(磁気共鳴画像)検査」事業完了報告  
及び補助金交付請求書

「脳MRI(磁気共鳴画像)検査」事業が完了したので、脳MRI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 領収書の写し若しくは振込書の写し