

「脳MRI（磁気共鳴画像）検査助成制度」実施要領

平成30年度

- 導入期間 : 平成30年4月1日から平成31年2月28日まで
申請期間 : 平成30年4月1日から平成31年1月31日まで
請求期間 : 平成30年4月1日から平成31年3月15日まで

公益社団法人奈良県バス協会

平成30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、平成30年4月1日から平成31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)検査申込書を平成31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、平成30年4月1日から適用する。

様式 1

平成 年 月 日

公益社団法人奈良県バス協会
会長 植田良壽殿

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 植田良壽殿

事業者名
役職名
代表者名

印

「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