

「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」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「睡眠時無呼吸症候群(SAS)対策事業」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、睡眠時無呼吸症候群(SAS)に起因する居眠り運転や漫然運転による事故の防止を図るため、会員事業者がNPO法人ヘルスケアネットワークによる睡眠時無呼吸症候群(SAS)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NPO法人ヘルスケアネットワークの検査を受診した場合とする。

2 検査受診対象期間は、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3,000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、別紙の睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査申込書・同意書及び睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング申込者一覧表を平成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、スクリーニング検査終了後、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、「睡眠時無呼吸症候群(SAS)対策」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。

睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査 申込書・同意書

【事業者→(公社)奈良県バス協会→OCHIS】

平成 年 月 日

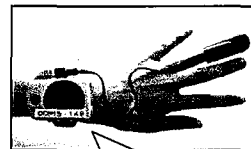
事業所名		支店名・ 営業所名	
事業主名			
所在地		〒	
担当者	部署	役職	
	氏名		
連絡先	TEL	FAX	
	E-MAIL		
予定人数	(名) ※注2		
所属バス 協会欄	[所属バス協会署名・捺印欄] 印		
HPの掲載	当法人のホームページ等に「SAS検査実施事業所様」として、 御社のお名前を掲載してもよろしいでしょうか？		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない

■ □ 検査内容 □ ■

金額：¥5,000 【料金はお一人様あたり・税込】

パルスオキシメータ(パルちゃん)による検査 + 睡眠に関するアンケート

- ・(注1) お申込み多数の場合は、検査機器発送までお待ちいただくことがあります。
- ・(注2) 1回当たり、3名様未満でのお申し込みの場合は、送料を別途頂戴致します。



パルちゃんは宅配便にて
事業所へお届け!

睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査を実施するに当たり、下記の通り同意いたします。

- ① 個人情報の取り扱いについてはその保護等十分な配慮を行います。
- ② 疑SAS、SAS判定者の運転者については業務から外すなど、個人的な不利益のないようにします。
- ③ 医療機関への受診が必要な者には、運行管理上の配慮など受診しやすい環境づくりに努めます。
- ④ 貸出器具のパルスオキシメータは精密医療機器のため、取扱いに注意すること。不手際による破損、紛失については相当額の賠償を行います。
- ⑤ パルスオキシメータの使用期間を連絡なく遅延する場合は所定の延滞金を支払います。
- ⑥ 事故防止と健康管理に努め、SASスクリーニング検査後の受診状況等を求められた時には報告します。

(公社)全日本トラック協会SAS対策事業受託法人・(公社)日本バス協会SAS対策事業推奨機関



NPO法人 **ヘルスケアネットワーク (OCHIS)**

sas@ochis-net.com

http://sas.ochis-net.jp

【東京オフィス】〒101-0052 東京都千代田区神田小川町1丁目3番1号 NBF小川町ビルディング4階
(一社)専門医ヘルスケアネットワーク事務局内

Tel: 03-3295-1271

Fax: 03-3295-1274

■ 申込書送付先: 【大阪オフィス】〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階

Tel: 06-6965-3666

Fax: 06-6965-5261

睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング申込者一覧表

平成 年 月 日

事業者名 _____

(敬称略)

NO	氏 名	生年月日(年齢)	職 種	備 考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

合計数

人

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

㊞

「睡眠時無呼吸症候群(SAS)対策事業」完了報告
及び補助金交付請求書

「睡眠時無呼吸症候群(SAS)対策事業」が完了したので、睡眠時無呼吸症候群(SAS)対策事業実施要領第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金融機関名 _____ 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