

「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」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「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、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、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、令和6年4月1日から適用する。

様式 1

睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング申込者一覧表

令和 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

様式 2

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

⑩

「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