様式1　＊個別に請求書等を作成する助成事業もある。　　　　　　　　　　　　（各事業共通）

印

　　年　　月　　日

助成金交付請求書

（助成事業実施報告書）

公益社団法人　鹿児島県トラック協会

会　長　中　村　利　秋　　　　　殿

〈申請者〉

住　所

名　称

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　担当者（　　　　　）

助成事業に関する規程に基づき、助成金を下記のとおり申請する。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **助成金請求額** | **円** |

※記載例：安全装置等導入促進助成金

１．助成事業名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．整理番号　　・別紙内訳書の通り

３．報告内訳 ・別紙内訳書の通り

４．振込先口座 ・（銀行名）　　　　　　　　　銀行・信用金庫　（支店名） 　　　　支店

　　　　　　　　　　　　・（預　金）　普通　・　当座　　・（口座番号）

　　　　　　　　　　　　・（）

５．添付書類　以下に掲げるものを添付ください。**（申請内容によっては、不要なものもあります。）**

　　① 助成金申請内訳書　② 社会保険等加入に係る誓約書

③ 国の補助金交付申請に係る誓約書（必要機器のみ）

④ 請求書（写）･･･装着装置、審査・登録料金等の明細がわかるもの

　　⑤ 領収証（写） ※（リースの場合、リース契約書(写)）⑥ ナスバネット利用契約書（写）

　　⑦ Ｇマーク認定証（写）　⑧ 研修修了証（写し）⑨ グリーン経営認証登録証（写）

⑩ その他必要と思われるもの（車検証（写し）・装着（取付）証明書等他）

以　上

受　付　日

様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（各事業共通）

　　年　　月　　日

公益社団法人鹿児島県トラック協会

会　長　中　村　利　秋　　　　殿

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**誓　　約　　書**

　弊社は、助成金交付請求書（助成事業実施報告書）の申請に対し、社会保険等については、適正に手続き加入していることを誓約いたします。

　なお、助成金受領後に助成事業に関する規程第４条及び第９条に反していることが判明した場合、助成金を全額返戻いたします。

**安全装置等・ドライブレコーダ機器・ＥＭＳ用機器・アイドリングストップ支援機器の導入にかかる**

**申請の場合、下記の誓約書についてもご提出ください。**

参考書式１(共通)

参考書式1

**誓　　約　　書**

　弊社は、下記機器の導入に対して国の補助金交付申請を行わない（行っていない）ことを、誓約いたします。

記

１．機　器　名

　　　　　　　　メーカー名：

　　　　　　　　名　　　称：

　　　　　　　　型　　　式：

２．導入台数　　　　　　　台

３．装着車両（明細）\*車両番号記載

４．導入（予定）年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

　　年　　月　　日

申請（装着）会員事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

機 器 取 付 (装着）証 明 書

下記のとおり機器の装着(取付)したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 装着車両の登 録 番 号 | 機器名称・型式等 | 装 着 日 | 備　考（機器単価等） |
| メーカー名 | 機 器 名 | 型 式 等 |
| 鹿児島 |  |  |  | 　　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |
| 鹿児島 |  |  |  | 　年　　月　　日 |  |

（機器納入取付業者名）

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**様式３（第１３条関係）【全ト協】**

研 修 参 加 報 告 書

**会社名・営業所名　　　　　　　　　　　　　　　氏名**

**事業改善のためご意見をお聞かせ下さい**

1．研修に参加した感想（○で囲んで下さい）

　　　Ａ. 大変役に立った　　Ｂ. 役に立った　　Ｃ. どちらとも言えない

Ｄ. あまり役に立たなかった　　Ｅ. ほとんど役に立たなかった

２．研修に参加後、自身に該当するものに１つだけ○をして下さい

Ａ. 今後の安全運転に対する自己改革ができた

　　 Ｂ. 自分の運転や業務に対する考え方が変わった

Ｃ. 今までと同じ

Ａ.またはＢ.を選択した方で、特に役に立った事項があれば具体的に書いて下さい

|  |
| --- |
|  |

３．研修内容について、今後受講したいと思う内容や改善点があれば書いて下さい

|  |
| --- |
|  |

４．受講した研修施設の設備・指導員等について

Ａ.　満足　　Ｂ.　悪い　　Ｃ.　どちらでもない

|  |
| --- |
|  |

５．その他、ご意見・お気づきの点があれば自由に書いて下さい

|  |
| --- |
|  |

* **この様式以外のアンケートフォーマットでの代用可**

**ご協力ありがとうございました　　　　　　　　　（公社）全日本トラック協会**

**（ 会員事業者 → 都道府県トラック協会 ）**

**（ＳＡＳ）様式１－１**

**トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る**

**スクリーニング検査事前申込書**

　　　年　　　月　　　日

公益社団法人鹿児島県トラック協会　会長　殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群（ＳＡＳ）」スクリーニング検査を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |
| 電話 ／ ＦＡＸ番号 |  |
| 連絡責任者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込みされる人数をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 全ト協指定機関 | NPO法人　睡眠健康研究所 | 人 |
| NPO法人　ヘルスケアネットワーク | 人 |
| 一般財団法人　運輸・交通SAS対策支援センター | 人 |

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地方協会指定機関 | 　検査・医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　住所〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　 | 人 |

※　**社会保険等加入に係る誓約書を一緒に提出してください**。

※　受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。

　　特に増員については、受診前に連絡がない場合は助成が受けられなくなる場合もございます。

**（ 会員事業者 → 検査・医療機関 ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＳＡＳ）様式１-２**

**トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る**

**スクリーニング検査申込書兼委任状**

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　殿 （検査を申込みされる検査・医療機関名をご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事 業 者 名 |  | （連絡責任者）役職・氏名 |  |
| 代 表 者 名 | 　　　　　　　　　　　　印 | 電 話 番 号 |  |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |

１．　私（申込者）は、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という。）のスクリーニング検査申込にかかる

　　一切の事務及びSASスクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。

　　　また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる労働災害事故を

　　未然に防止することから検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。

２．　私（事業者）は、申込者の検査結果から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、検査結果を

理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。

３．　私（事業者、申込者）は、SASスクリーニング機器の取り扱いについては充分注意致します。なお、

不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。

４．　正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。

　　なお、申込者より本状の写しを求められたときは当該者の欄のみの写しを渡す。

**※　検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的外利用並びに**

**紛失、流失などの無いよう充分注意すること。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 機器　№ | 申込者氏名 | ふりがな | 同意年月日 | 印 |
| １ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ２ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ３ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ４ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ５ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 機器　№ | 申込者氏名 | ふりがな | 同 意 年 月 日 | 印 |
| ６ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ７ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ８ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| ９ |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 10 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 11 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 12 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 13 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 14 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 15 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 16 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 17 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 18 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 19 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 20 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |

（注）都道府県トラック協会への申請（ＳＡＳ様式１－１）の提出はお済みでしょうか。

事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

**（ 会員事業者 → 都道府県トラック協会 ）　　　　　　　　　　　　　　（ＳＡＳ）様式１－３**

**トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る**

**スクリーニング検査実績報告書**

　　年　　月　　日

公益社団法人鹿児島県トラック協会　会長　殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群（ＳＡＳ）」スクリーニング検査助成金の交付を申請いたします。

**助成金交付申請金額 　　　　　　　　　　　　　　　　 円**

|  |  |
| --- | --- |
| **受診した検査・医療機関**いずれかを○で囲んでください。地方協会　指定検査・医療機関で受診の場合検査・医療機関をご記入ください。 | **１．NPO法人睡眠健康研究所****２．NPO法人ヘルスケアネットワーク****３．一般財団法人　運輸・交通SAS対策支援センター****~~４．地方協会指定　検査・医療機関~~**検査・医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　住所〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　 |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 | 印 |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |
| 電 話 番 号 |  |
| 一次検査受診者数 | **人** | 二次検査受診者数 | **人** |
| 事前申込書【様式１－１】でご記入いただいた申込み人数 | **人** |
| 事前申込書【様式１－１】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。1.　申請通りに全員受診済み　　　2.　一部未受診者あり（①これから受診する　　　人　②受診は中止する　　　人）※　未受診の方は早急に検査を受けてください。 また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。 |
| 振 込 先金融機関 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 口 座 名 義 |  |
| 口 座 番 号 | 1.　普通2.　当座 |

※　検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。

**（ 会員事業者 → 全ト協 ）１/２枚目　　　　　　　　　　　　　　　（ＳＡＳ）様式１－５**

　　年　　月　　日

全日本トラック協会　交通・環境部　宛

ＦＡＸ　０３－３３５４－１０１９

メールアドレス　sas-josei@jta.or.jp

**トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る**

**スクリーニング検査結果状況等の報告**

この報告及びアンケートは、スクリーニング検査終了後、全日本トラック協会にＦＡＸでご提出ください。**なお、今回の検査でＳＡＳと確定診断を受けた方がいる場合、その後の治療状況を確認し、下の◆の表に記入してからＦＡＸして下さい。**

また、報告が無い場合は、次年度以降検査助成を受けられない場合があることを、あらかじめ

ご了承ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所 属 協 会 | 　公益社団法人鹿児島県トラック協会 |
| 事 業 者 名 |  |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |
| 電 話 番 号 |  | 記入者名 |  |

SASスクリーニング検査結果報告

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **『スクリーニング検査を受診した』人数**
 | 人 |
| 1. **上記①の結果、『要精密検査と判定された方』の人数**
 | 人 |
| 1. **上記②のうち、『医療機関を受診した』人数**
 | 人 |
| 1. **上記③のうち、『ＳＡＳと確定診断を受けた方』の人数**
 | ※ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |

◆上記④でＳＡＳと確定診断を受けた方の治療状況を下の表にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **上記④の※の人数の内訳** | 　　治療内程度 | 治療中CPAP | 耳鼻科治療中 | 歯　科治療中 | 生　活指　導 | その他 | 未治療 | 人数計 |  | 治療後改　善 |
| 合　計 | 　 　　人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 |
| 重　症 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 |
| 中程度 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 |
| 軽　度 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 |
| 他の疾患 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | ⇒ | 人 |
|  | 合計 |  **人** |  |  |

医療機関からの診断結果をもとに、ＳＡＳと確定診断を受けた方の現在の治療・改善状況について

ご記入ください。 が必ず一致する人数をご記入ください。

**（ 会員事業者 → 全ト協 ）２／２枚目　　　　　　　　　　　　　　　　（ＳＡＳ）様式１－５**

**【2.検査及び検査・医療機関についてのアンケート】**

**<SASについて>**

**Q1.　会社でSAS検査受診を実施された理由をお聞かせください。(複数回答可)**

**該当するところにレ点をご記入ください。　その他の場合は理由をご記入ください。**

**口 事故防止に必要だから　　 　口 労務(健康)管理に必要だから**

**口 経営者・管理者の方の意向 口 SASが気になるドライバーがいるから**

**口 国土交通省からの通達があるから**

**口 その他( )**

**<SASスクリーニング検査を受診した検査・医療機関の対応について>**

**Q2. スクリーニング検査を受診した検査・医療機関の対応はいかがでしたか。**

**該当するところにレをご記入ください。**

**口 とてもよかった　　　　　　口 よかった　　　　　　　口 どちらでもない**

**口 悪かった　　　　　　　　　 口 とても悪かった**

**Q3. 検査・医療機関に対するご意見・ご要望があればご記入ください。**

**<SASを治療中、またはこれから治療を始めようとされている従業員の方について>**

**Q4. 社内で、既にSAS治療を実施されている、またはこれから治療を始めようとされている従業員**

**の方はいらっしゃいますか。該当するところにレをご記入ください。**

**口 いる→Q5にお進みください　　　　　　　　　　口 いない→これでアンケートは終了です**

**Q5. SASの治療中、またはこれからSASの治療を始めようとされている従業員の方に対し、**

**運行管理面でどのような対応を行っていますか。(複数回答可)**

**該当の番号にレをご記入ください。その他の場合は理由をご記入ください。**

**口 点呼時に眠気がなかったか、報告を求めている**

**口 時間的に余裕のある業務に優先的に配置している(または奨めている)**

**口 通院のための休暇を与えている**

**口 治療期間中に限り、配置転換を行っている(または奨めている)**

**口 治療費の助成を行っている**

**□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。**

**（中企）様式1**

　　年　　月　　日

公益社団法人 鹿児島県トラック協会

会　長　中　村　利　秋　 　　　殿

住所

会社名

代表者名 ㊞

電話番号

**受　講　申　請　通　知　書**

　下記の者について、中小企業大学校の所定の講座を受講させたいので届け出いたします。

記

１. 学校名　 中小企業大学校　　 　　　校

２. 受講期間　　 　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

３. 講座名

４. 受講者氏名（歳）

５. 所属部課名・役職名

６. 対象講座受講料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

７. トラック協会以外からの受講料助成金　　　　① 有り・無し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ② 機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③ 　　　　　　　　　　 　　　　　円

※社会保険等加入に係る誓約書を添付してください。



**（中企）様式１－３**

**（中企）様式１－４**

　　年　　月　　日

公益社団法人 鹿児島県トラック協会

会　長　中　村　利　秋　　 　　殿

所

会社名

代表者名　 ㊞

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法人番号

**受　講　修　了　通　知　書**

　　　年　月　日で受講を承認いただいた下記の者について、中小企業大学校の所定の講座の受講を修了しました。つきましては助成事業に関する規程第6条に基づき通知いたします。

記

１. 学校名　 中小企業大学校　　　 　　　　 校

２. 受講期間　　 　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

３. 講座名

４. 受講者氏名（年齢）

５. 所属部課名・役　職　名

６. 対象講座受講料　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

７. トラック協会以外からの受講料助成金　　　 ① 有り・無し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ② 機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　③ 　　　　　　　　　　 　　　　　円

８. 振込先口座

・（金融機関・支店名）

　　　　　　　・（預金種別・口座番号）　普通・当座

　　　　　　　・（口座名義）

※添付書類　「受講修了証書」（写し）及び「振込金受取書」等（写し）及び中小企業大学校

アンケート（写し）