

## 脳MRI健診受診助成金交付要綱

平成30年9月12日制定  
一般社団法人群馬県トラック協会

### (目的)

第1条 この要綱は、一般社団法人群馬県トラック協会（以下「協会」という。）が、会員事業所所属運転者の脳疾患を起因として発生する恐れのある交通事故を未然に防止するため、専門の検査機関で実施される脳MRI健診を受診した際の費用の一部を助成することにより、会員事業所の労働力確保、経営の安定に資することを目的とする。

### (助成対象者)

第2条 助成対象者は、協会定款に定める会員事業者とする。  
ただし、会費等の未納がある場合は、この限りではないものとする。

### (助成対象期間)

第3条 平成30年10月1日から平成31年3月1日までの間に受診が終了し、支払が完了したものとする。

### (助成対象健診及び助成額)

第4条 助成対象健診及び助成額は、次のとおりとする。  
助成対象となる健診は、別紙「提携医療機関一覧表」に記載された医療機関において実施される「脳MRI」健診とし、助成額は1名当たり1回限り、10,000円とする。  
なお、1会員当たりの上限を50,000円（5名分）までとする。

### (健診受診申込)

第5条 健診受診申込は、様式1「脳MRI健診受診申込書」により、必要事項を記入し、事前に協会宛に申し込むものとする。

### (助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付申請をする会員は、様式2「平成30年度「脳MRI健診受診実績報告（請求）書」」により平成31年3月8日までに添付書類を添えて申請するものとする。

### (助成金の交付)

第7条 協会は、前条による助成金の交付申請があった場合には、その内容を精査し、予算の範囲内で当該助成金額を確定し、第2条に規定する会員事業

者に対し、第4条に規定する助成額を交付するものとする。

(助成金の返還)

第8条 助成金の交付を受けた会員事業者が次に掲げる各号のいずれかに該当するときは、既往の助成金の全額若しくはその一部の返還を命じることができるものとする。

(1) 本要綱の定める規定に違反したとき

(2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき

2 前項の規定により返還を命じた会員事業者に対し、協会が行う各種助成事業すべてにおいて、原則として、当分の間、助成金交付に係る申請受付け等を行わないものとする。

(報告の義務)

第9条 助成金の交付を受けた会員事業者は、協会が必要と認めた場合には、所要の報告を行わなければならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めのあるもののほか、その運用に関し必要がある場合には、別に定めるところによる。

(附 則)

この要綱は、平成30年9月12日から適用する。

別紙（第4条関係）

運転従事者脳MRI健診支援機構

**提携医療機関一覧表**

平成30年9月末現在

医療機関 No.	医療機関名 住 所 電 話 番 号	診療日時等
1	<b>もてき脳神経外科</b> 群馬県高崎市上小埜町 567 ☎027-343-7788	平日。特に健診枠を設定していないが、空いている時であれば、健診可能。
2	<b>老年病研究所附属病院</b> 群馬県前橋市大友町 3-26-8 ☎027-253-3311	火曜日午後。
3	<b>イムス太田中央総合病院</b> 群馬県太田市東今泉町 875-1 ☎0276-37-2378	平日の月曜日から金曜日の午後。
4	<b>湯沢病院</b> 群馬県邑楽郡大泉町西小泉 2-5-15 ☎0276-62-2209	平日。特に健診枠を設定していないが、空いている時であれば、健診可能。

※ 様式1に記入する受診希望医療機関は、上記の医療機関 No. を数字でご記入して下さい。

様式1 (第5条関係)

一般社団法人群馬県トラック協会 宛

FAX 027-261-7576

申込日 平成 年 月 日

会社名  
住所  
代表者名  
担当者名  
電話番号

印

脳MRI健診受診申込書

当社は、貴協会の「脳MRI健診受診助成金交付要綱」に基づき、当社所属の下記記載の運転者に脳MRI健診を受診させたいので申し込みます。

記

No.	(フリガナ) 氏名・生年月日	性別	※受診希望 医療機関No.	第1 受診希望日	第2 受診希望日	決定受診日 (機構記入欄)
1	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
2	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
3	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
4	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分
5	(フリガナ)	男・女		月 日( )	月 日( )	月 日( )
	西暦 年 月 日生まれ			AM・PM	AM・PM	時 分

※受診希望医療機関は、別紙「提携医療機関一覧表」よりお選び下さい。

~~~~~

一般社団法人運転従事者脳MRI健診支援機構 御中

上記のとおり申し込みがありましたので、健診受診手続きをお願い申し上げます。

一般社団法人群馬県トラック協会長

受付印



様式2（第6条関係）

平成 年 月 日

一般社団法人群馬県トラック協会長 様

会社名  
住所  
代表者名  
担当者名  
電話番号

㊞

平成30年度 脳MRI健診受診実績報告（請求）書

当社所属の運転者に脳MRI健診を受診させたので、貴協会の「脳MRI健診受診助成金交付要綱」第5条に基づき必要書類を添えて助成金の交付申請をします。

記

- 1 健診受診人数 \_\_\_\_\_人  
2 交付請求額 \_\_\_\_\_円  
3 助成金の振込先

（振込先口座）

|       |       |     |  |  |  |  |  |    |
|-------|-------|-----|--|--|--|--|--|----|
| 金融機関名 |       |     |  |  |  |  |  | 支店 |
| 口座番号  | 当座・普通 | No. |  |  |  |  |  |    |
| 口座名   | フリガナ  |     |  |  |  |  |  |    |
|       |       |     |  |  |  |  |  |    |

4 添付書類（用紙サイズは全てA4判に統一）

- (1) 健診受診者名簿  
(2) 医療機関からの請求書（写）及び受診項目の確認できる書類（写）  
(3) 医療機関への支払いを証する書類（写）

※ ご提出いただく添付書類（個人情報）等については、本事業を円滑に遂行するため以外には使用いたしません。