３０助成情報第６号
平成３０年７月１７日

平成３０年度助成事業
ＳＡＳ簡易検査及び簡易脳ドック検査助成募集要領

公益社団法人山口県バス協会

１．助成事業の内容

（１）助成内容

①　睡眠時無呼吸症候群（ＳＡＳ）の簡易検査

②　簡易脳ドック検査（ＭＲＩによる検査）

（２）助成対象事業者及び対象者

県内に営業所を置くバス事業者の県内営業所の運転者。但し、２年以内に助成を受けた者は対象外とする。

※公営事業者は除く。

（３）対象期間

平成３０年４月１日～平成３０年１２月末日

（４）募集期間（完了報告提出期限）

平成３０年１２月１日～平成３０年１２月末日まで

（５）助成額

①　ＳＡＳ簡易検査料の実費（１人当たり３，０００円を限度）

②　簡易脳ドック検査料の１／３（１人当たり７，０００円を限度）

※申請額が助成予算額を上回った場合は予算の範囲内で助成額を決定する。

助成額に１０円未満の端数が生じた場合１０円未満は切り捨てる。

２．助成の申し込み等

（１）交付申請

助成金の交付を受けようとする者は、様式１「ＳＡＳ簡易検査及び簡易脳ドック検査に係る助成額決定依頼書兼事業完了報告書」を募集期間内にバス協会に提出する。

（２）交付決定

バス協会は、前号の依頼書等を審査し、助成金を交付すべきものと認めたときは、様式２「ＳＡＳ簡易検査及び簡易脳ドック検査に係る助成額決定通知書」により申請者に通知する。

（３）助成金の交付

バス協会は、前号の決定通知後、山口県の補助金入金状況を勘案し、申請者に助成金を交付する。

（様式１）

平成　　年　　月　　日

公益社団法人山口県バス協会
会　長　　殿

事業者名
役職名
代表者名　　㊞
（担当者名）

ＳＡＳ簡易検査及び脳ドック検査に係る助成額決定依頼書兼事業完了報告書

平成３０年度助成事業ＳＡＳ簡易検査及び簡易脳ドック検査助成募集要領に基づき、下記のとおり助成額の決定依頼並びに事業完了報告をします。

記

１．ＳＡＳ簡易検査及び脳ドック検査

○　①－１　ＳＡＳ簡易検査　　受診者数　　＿＿＿＿＿＿名

○　①－２　簡易脳ドック検査　　受診者数　　＿＿＿＿＿＿名

○　②　　受診者氏名　　別添名簿のとおり
※名簿には検査名、運転手の所属営業所を記載のこと

２．助成金額　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円
※１０円未満は切り捨て。

（算定根拠）
検査料　　円

３．添付書類
①検査の見積書等（申込み状況等のわかるもの。）
②検査の領収書写し又は、振込書写し（但し、決定依頼書等の提出時に添付できない場合は、請求書写しを添付することとし、事後に領収書写し又は、振込書写しを提出すること。）
③検査の完了状況（名簿等）

４．助成金振込先
銀行　　支店
口座番号　（普通・当座）
口座名義人

（様式２）

３０助成第　　号
平成　　年　　月　　日

殿

公益社団法人山口県バス協会
会　長　　㊞

ＳＡＳ簡易検査及び簡易脳ドック検査に係る助成額決定通知書

貴者の平成　　年　　月　　日付け助成額決定依頼書兼事業完了報告書について、下記のとおり助成額を決定したので通知します。

記

１．ＳＡＳ簡易検査及び脳ドック検査

①　ＳＡＳ簡易検査　　受診者数　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿名

②　簡易脳ドック検査　　受診者数　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿名

２．助成金決定額

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

（算定根拠）

※助成金は、本通知後　　週間以内に所定の口座に振込む予定です。
（但し、領収書等未提出の場合は提出後になります。）