

令和 5 年度助成事業
健康起因事故の防止助成募集要領

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（S A S）簡易検査
- ② 簡易脳ドック検査
- ③ 心疾患検査

※検査内容については、各種マニュアル及びガイドライン等を参考とし、
対象とするか別途協議する。

(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バス運転者。

但し、昨年度助成を受けたバス運転者が、今年度同一の検査での助成を受け
ることはできない。

例) 昨年度 S A S 簡易検査での助成を受けた者

今年度… S A S 簡易検査助成不可、簡易脳ドック検査助成可

※公営事業者は除く。

(3) 対象期間

令和 5 年 4 月 1 日～令和 5 年 1 2 月末日

(4) 募集期間（完了報告提出期限）

令和 5 年 1 2 月末日まで

※予算額に達した時点で募集を終了することがある。

(5) 助成額

- ① S A S 簡易検査料の実費（1 人当たり 3, 0 0 0 円を限度）
- ② 簡易脳ドック検査料の 1 / 3（1 人当たり 7, 0 0 0 円を限度）
- ③ 心疾患検査料の 1 / 3（1 人当たり 5, 0 0 0 円を限度）

※ 1 事業者当たりの上限 4 0 万円（①・②・③あわせての上限）

助成額に 1 0 円未満の端数が生じた場合 1 0 円未満は切り捨てる。

2. 助成の申込み等

(1) 交付申請

助成金の交付を受けようとする者は、様式1「健康起因事故の防止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るときは、様式2「健康起因事故の防止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)

令和 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)

健康起因事故の防止に係る助成額決定依頼書兼事業完了報告書

令和5年度助成事業健康起因事故の防止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. 健康起因事故の防止

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
③心疾患検査 受診者数 _____ 名

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. 助成額 _____ 円

※10円未満は切り捨て。

(算定根拠)

SAS簡易検査料 円(1人当たり) × _____ 名
簡易脳ドック検査料 円(1人当たり) × _____ 名
心疾患検査料 円(1人当たり) × _____ 名

3. 添付書類

- ①検査の見積書写し等(申込み状況等がわかるもの)
- ②検査の請求書写し
- ③検査の領収書写し又は振込書写し
- ④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.....

睡眠時無呼吸症候群（S A S）簡易検査

受診者名簿

事業者名 _____

番号	受診者氏名	所属営業所
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

簡易脳ドック検査 受診者名簿

事業者名 _____

番号	受診者氏名	所属営業所
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

心疾患検査 受診者名簿

事業者名 _____

番号	受診者氏名	所属営業所
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

(様式2)

R5助成第 号
令和 年 月 日

殿

公益社団法人山口県バス協会
会 長 ㊟

健康起因事故の防止に係る助成額決定通知書

貴者の令和 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. 健康起因事故の防止

- 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
- ③ 心疾患検査 受診者数 _____ 名

2. 助成額

_____ 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。