

バス事業者 各位

公益社団法人山口県バス協会

令和 6 年度安全運行対策支援事業
(運転者等の資質向上に対する支援) 募集要領

1. 補助事業の内容

(1) 補助内容及び助成額

① 運転者適性診断受診料の支援	助成額 (全額補助)
○ 一般診断	2, 4 0 0 円
○ 初任診断	4, 8 0 0 円
○ 適齢診断	4, 8 0 0 円
② 運行管理者講習受講料の支援	
○ 一般講習	3, 2 0 0 円
③ 安全マネジメント講習受講料の支援	
○ 安全マネジメント各種講習	5, 2 0 0 円

※但し、運輸防災マネジメントセミナーは除く。

※協会へ直接請求されますので、会員による立替払いはありません。
同一種類の診断、講習を令和 6 年度に複数回受けられた方の 2 回目以降は助成対象外となります。

(2) 補助対象事業者

県内に営業所を置くバス事業者の県内事業場の従業員
(公営バス事業者については、一般講習のみ対象。)

(3) 補助対象期間

令和 6 年 4 月 1 日から令和 7 年 2 月末日
※計画的に早めの受診・受講をお願いします。

2. 助成の申込み

(1) 会員事業者

会員事業者にあつては、

- 自動車事故対策機構山口支所又は広島主管支所
 - アイルモータースクール (適性診断及び一般講習)
 - Mランド益田校 (適性診断及び一般講習)
- に直接申込みを行ってください。

(2) 非会員事業者

非会員事業者にあつては、別紙により当協会に申込みを行ってください。

ご不明な点は (公社) 山口県バス協会にお問い合わせください。

TEL 083-922-5031 FAX 083-925-8242

運転者等の資質向上に対する支援助成申請書（非会員事業者用）

年 月 日

公益社団法人山口県バス協会会長 殿

下記のとおり適性診断受診料・講習受講料の助成を申請します。

事業者名

代表者名

印

住 所

担当者名

電話番号

1. 適性診断又は講習の実施機関 _____

2. 運転者適性診断の受診

受診者氏名（一般・初任・適齢の別）、受診（予定）日

○ _____ () _____ 月

○ _____ () _____ 月

○ _____ () _____ 月

○ _____ () _____ 月

3. 運行管理者講習の受講

受講者氏名、受講予定会場、受講（予定）日

○ _____ 会場 _____ 月 日

○ _____ 会場 _____ 月 日

○ _____ 会場 _____ 月 日

○ _____ 会場 _____ 月 日

4. 安全マネジメント講習の受講

受講者氏名、受講（予定）日

○ _____ 月 日
○ _____ 月 日
○ _____ 月 日

5. 助成金額

①適性診断 一般診断 2,400円× _____ 名 = _____ 円
初任診断 4,800円× _____ 名 = _____ 円
適齢診断 4,800円× _____ 名 = _____ 円

合計 (①) _____ 円

②一般講習 3,200円× _____ 名 = _____ 円

③安全マネジメント講習 5,200円× _____ 名 = _____ 円

助成金額合計 (①+②+③) _____ 円

6. 振込先

_____ 銀行 _____ 支店 普通 ・ 当座
_____ 口座番号 _____ 名義人

※本申請については、協会からの振込をもって助成の決定とします。

診断料・講習料を支払ったことを証するもの（領収書の写し又は振込書の写し）を添付してください。（申込時点でまだ受診・受講されていない場合は、支払い後に提出してください。）