通　報

大ト協第185号
令　和　8　年　9　月

各　　位

一般社団法人 大阪府トラック協会
会 長　鴻　池　忠　彦

令和8年度「心疾患検査に係る助成事業」の実施について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申しあげます。

平素は、当協会運営に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、近年、健康起因事故の原因として上位を占める心疾患は通常の健康診断では発見できず、早期発見のためには心疾患検査の受診が有効であります。

そこで、今後の労働力確保のためには高齢ドライバーの活躍も重要であり、何より健康起因事故を少しでも減らすとともに、受診されるみなさまの一助といたしたく、下記のとおり「心疾患検査に係る助成事業」を実施いたします。

また、申請方法につきましては、**郵送での受付**といたしますので、よろしくお願いいたします。

記

１．募集期間

令和８年９月１５日（火）～ 令和９年２月２６日（金）

※上記期間内であっても助成予算枠に達した時点で即時受付を終了といたしますので、その都度提出してください。また、事前告知は行いませんので、予めご承知おきください。

２．助成対象検査

令和８年４月１日以降に、医療機関で受診した下記心疾患検査とします（いずれか１検査の受診でも申請可）。ただし、保険適用で検査された場合は助成いたしません。なお、医療機関の指定はございません。

①頸動脈超音波検査（頸動脈エコー検査）

②ＡＢＩ検査（四肢血圧脈波検査）

※心臓ドック等を受診した場合においても、上記検査のみが助成対象となるため、その際には申請にあたり各対象検査の費用および受診したことがわかる明細が必要となります。

※心臓超音波検査、心臓ＭＲＩ、冠動脈ＣＴ、胸部単純ＣＴ検査、腹部単純ＣＴ検査、腹部超音波検査（腹部エコー検査）の各検査については、国土交通省補助金【令和８年度被害者保護増進等事業費補助金】の対象となっておりますので、本助成事業の対象とはいたしません。ただし、【令和８年度被害者保護増進等事業費補助金】の受付が終了した場合、当助成事業においても助成対象検査といたします（重複助成はいたしません）。なお、【令和８年度被害者保護増進等事業費補助金】に関する内容につきましては、該当ホームページでのご確認をお願いいたします。

３．助成金額等

①受診者１名につき対象検査受診費用**（税抜き）の半額**（上限１５，０００円）とします。（ただし１００円未満の端数が発生した場合には１００円未満の金額を切り捨て）。

②１事業者につき最大５名までとします。

４．助成対象

中小企業者で大阪府下の事業所に在籍する営業用貨物車両（軽貨物車両を除く）の運転者※お一人様につき、年度内に一度限りの助成とさせていただきます。

（中小企業者とは、中小企業基本法による中小事業者。資本金の額または出資の総額が、３億円以下の会社または、常時使用する従業員の数が３００人以下の会社及び個人）

５．助成申請必要書類

① 令和８年度心疾患検査に係る助成事業助成金交付申請書兼誓約書（様式１）
② 受診内容明細書（様式２）
③ 医療機関の請求書（写）
※翌月発行となる医療機関もございますので、事前に医療機関へご確認ください。
④ 医療機関の検査費用明細書（写）：受診者名、助成対象検査の費用および受診したことがわかるもの（③に明記されていれば不要）
⑤ 領収証等（写）**ただし、運転者が個人で費用を支払った場合は助成できません。**
※振込明細書等（写）も可（但し、支払元・振込先・金額が明記されていること）（支払完了がわかるもの。支払日以降に印刷・発行されたもの。振込予約済み時点での書類は不可とします。）

※領収書、振込明細書等（写）は、切り貼りや修正があるものは認められません。

６．その他

・記入の訂正は、修正液等を使用せず、二重線で消した上から書き直してください。
（ただし、様式１の助成金申請額訂正できませんので、間違えた場合は新しい用紙をご利用ください）

・**申請前に、各社にて申請書類のコピーをお取りください。**

（助成金申請先【郵送先】ならびにお問合せ先）
〒５３６－００１４　大阪市城東区鴫野西２－１１－２
（一社）大阪府トラック協会　業務部
TEL：（０６）６９６５－４０３６

捨印

（様式１）　　令和　　年　　月　　日

一般社団法人大阪府トラック協会　会長　殿

〒　　－

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和８年度 心疾患検査に係る助成事業 助成金交付申請書兼誓約書

当社運転者に対し標記心疾患検査を実施しましたので、下記のとおり助成金の交付申請をいたします。また、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律に規定する暴力団等（※）に該当しないことを誓約いたします。

記

１．助成金申請額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円　※金額の訂正はできません

２．申請内訳（※助成単価は、検査費用（税抜き）の 1/2、上限:15,000 円、100 円未満切り捨て）

＿＿＿＿名×＿＿＿＿＿円 ＝＿＿＿＿＿＿＿円

（助成単価）　※受診内容の詳細は様式２のとおり

３．助成金振込先口座

金融機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　支店名＿＿＿＿＿＿

口座種別（ 当座・普通 ）　口座番号＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
口座名義＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ 必要書類 ＞ 詳細は申請案内をご覧ください。
① 受診内容明細書（様式２）
② 医療機関の請求書（写）
③ 医療機関の検査費用明細書（写）
④ 領収証等（写）※振込明細書等（写）も可
※但し、支払元・振込先・金額が明記されていること
支払完了がわかるもの。振込予約済み時点での書類は不可とします

（※）暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第二条第二号に規定する暴力団又は同条第六号に規定する暴力団員若しくは大阪府暴力団排除条例第二条第四号に規定する暴力団密接関係者に掲げる者

●誓約書（ □ 内にチェック（レ）を入れてください）

□ 当該受診に係る費用は、当社が全額負担していることを誓約いたします。

◆ 助成申請前に必ず各社にて申請書類の控えをお取りいただき、保管してください ◆

（様式２）

受　診　内　容　明　細　書

申請額：１００円未満切り捨て

No.	受診者名・生年月日	受診日	受診医療機関名	①助成対象検査 受診費用計（税抜き）	申請額（①の２分の１で 上限15,000円）
1	氏名：　　（男・女） S・H　　年　　月　　日生（　　歳）			円	円
2	氏名：　　（男・女） S・H　　年　　月　　日生（　　歳）			円	円
3	氏名：　　（男・女） S・H　　年　　月　　日生（　　歳）			円	円
4	氏名：　　（男・女） S・H　　年　　月　　日生（　　歳）			円	円
5	氏名：　　（男・女） S・H　　年　　月　　日生（　　歳）			円	円
				合計	円

【トラック協会使用欄】