

通 報

各 位

大ト協第133号
令和2年8月

一般社団法人大阪府トラック協会
会長 辻 卓 史

令和2年度「脳健診モデル事業」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上げます。

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、健康起因事故原因の上位である脳疾患は通常健康診断では発見できず、早期発見のためには脳健診の受診が有効であります。脳健診は健康保険の適用外となっております。

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用も重要であり、何より健康起因事故の撲滅のためにも業界内における脳健診の需要を把握する必要があるため、下記のとおり

【脳健診モデル事業】を実施いたします。

記

1. 助成対象

当協会の会員・非会員を問わず、貨物自動車運送事業法第3条または第35条の許可を受けた事業者で、大阪府下に有する営業所に配置した営業用車両のドライバーが、医療機関が実施する脳健診を受診する際、頭部MRI検査と頭部MRA検査をセットで受診した場合において、その費用の一部を助成します。（常時選任運転者以外の方も対象可）

2. 助成金額

受診者 1 人につき受診費用の半額（上限 2 万円）とし、1 事業者につき最大 5 回（5 名）まで。

3. 助成枠

200 万円（助成枠に達し次第打ち切りとなります。）

4. 公募期間

令和 2 年 9 月 1 日（火）～ 令和 3 年 3 月 1 2 日（金）

※この期間内に受診及び支払いが完了したものに限りです。但し、令和 2 年 4 月 1 日から令和 2 年 8 月 3 1 日までの間に受診したものについては、公募期間内に限り請求できるものとします。

5. 申請方法

別紙「助成金交付申請書」（様式 1）に必要事項を記入し、以下の書類と併せて当協会までご提出下さい。

<添付必要書類>

- ① 脳健診受診証明書（様式 2）※複数名受診の場合は受診者全員分
- ② 誓約書（様式 3）
- ③ 受診料の確認ができる書類（医療機関等の請求書（写）、領収書（写）等）

※申請時にセット受診を確認する書類「脳健診受診証明書（様式 2）」の添付を必要としますが、医療機関によっては証明書の発行が有料となる可能性がございますので、受診前に医療機関にご確認下さい。

<参考>

「(一社) 運転従事者脳MRI 健診支援機構」が提携する医療機関での受診であれば、セット受診した場合の費用は一律2万円(税別)で、複数名受診の場合は事業者にて一括精算することも可能です。また、必要書類での「脳健診受診証明書」(様式2)の添付が不要となります。

(一社) 運転従事者脳MRI 健診支援機構 <<https://www.brainscan.or.jp/>>

6. 申請先および本件お問い合わせ

一般社団法人大阪府トラック協会 企業振興部

〒536-0016 大阪市城東区鳴野西2-11-2 大阪府トラック総合会館5階

TEL: 06-6965-4036 FAX: 06-6965-4039

(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

(所属支部) 支部)

住 所

事業者名

代表者名 (印)

電話番号

担当者名

令和2年度 脳健診モデル事業助成金交付申請書

当社は、貴協会が行なう標記モデル事業助成金交付要綱第6条に基づき、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

助成金申請額 円

1. 受診内容 (名)

	受診者名・生年月日	受診日	受診医療機関名	受診費用(円/税抜)	申請額(円)
1	氏名: (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)				
2	氏名: (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)				
3	氏名: (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)				
4	氏名: (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)				
5	氏名: (男・女) S・H 年 月 日生 (歳)				

◆添付書類◆ ①脳健診受診証明書(様式2)※複数名受診の場合は全員分

②誓約書(様式3)

③受診料が確認できる書類(医療機関等の請求書(写)、領収書(写)等)

※助成金申請額は、1名につき受診費用の半額(上限2万円)までで1円未満切り捨て、1社最大5名まで。

2. 助成金の振込先 ※口座名義が申請事業者のものに限る

金融機関名		支店名	支店
預金種類 (該当する方に○印)	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

3. 自認事項

当該受診にかかる費用は、当社が全額負担していることを自認します。

会社名	代表者名
	(印)

(様式2)

一般社団法人大阪府トラック協会 会長 殿

脳健診受診証明書

受診者氏名 _____

上記受診者が、令和 年 月 日に当院で脳健診として、頭部MRI検査と頭部MRA検査をセット受診したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

担当医

印

(様式3)

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

会社名

代表者

⑩

誓 約 書

貴協会が大阪府運輸事業振興助成補助金を活用して行なう事業に利用を申込むにあたり、私（当社）は下記の事項に該当しないこと、また下記の事項に該当することになった場合は受け取った同補助金を全額返金することを誓約いたします。

記

1. 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する「暴力団」をいう）
2. 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する「暴力団」をいう）
3. 暴力団密接関係者（大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する「暴力団密接関係者」をいう）
4. 法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者
5. 公正取引委員会から私的独占の禁止および公正取引の確保に関する法律第49条第1項に規定する排除措置命令又は同法第50条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者