

# 令和8年度 脳検診受診促進助成事業実施要領

令和8年4月1日  
一般社団法人滋賀県トラック協会

## 1. 助成対象

助成対象は、滋賀県内の営業所等にて会員事業者が雇用する運転者・荷扱手等とする。

## 2. 予算額

100万円

## 3. 助成対象検査

助成対象となる検査は、脳ドック及び脳MRI検査とする。  
受診料はいずれも会員事業者が全額負担しているものとする。

## 4. 助成交付額

助成額は受診者1名に対し検診費用の2分の1（円未満は切り捨てる）とし、受診者1名につき、上限20,000円を助成する。  
但し、1事業者あたり、延べ4名まで申請できることとする。

## 5. 申請期間

申請期間は、令和8年4月1日～令和8年2月26日（必着）  
上記期間内であっても予算額に達した場合は、その時点までとする。

## 6. 交付要綱

「脳検診受診助成事業交付要綱」のとおり。

# 令和8年度脳検診受診促進助成制度交付要綱

令和8年4月1日  
一般社団法人滋賀県トラック協会

## (目的)

第1条 この要綱は、一般社団法人滋賀県トラック協会（以下「滋ト協」という。）の会員事業者には雇用されている運転者・荷扱手等（以下「運転者等」という。）に対し、脳ドック及び脳MR I 検診を促進するための助成金交付事業について必要な事項を定め、事業を適正かつ円滑に実施し、労働災害事故防止に寄与することを目的とする。

## (資格・要件)

第2条 助成対象は、滋賀県内の営業所にて会員事業者(以下「会員」という。)が雇用する運転者で社会保険に加入している者とする。

## (助成対象)

第3条 助成対象検査は、医療機関等が実施する脳ドック及び脳MR I 検診とする。

## (助成対象者)

第4条 次に掲げる各号のすべてに該当する運転者等を対象とする。

- (1) 検診受診時の年齢は問わない。
- (2) 助成対象事業者が受診費用を全額負担している。
- (3) 滋賀県内の会員事業所において運転等に従事している。
- (4) 令和8年4月1日から令和9年2月26日までに受診及び支払いが終了している。

## (助成交付額)

第5条 助成金の交付額は受診者1名に対し検診費用の2分の1（円未満は切り捨てる）とし、受診者1名につき、上限20,000円を助成する。但し、1事業者あたり、延べ4名まで申請できることとする。

(助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付を申請する会員は滋ト協が指定する期日までに、別紙「脳検診受診促進助成金交付申請書」により、次の書類を添付し助成金の請求をするものとする。

- ① 脳検診受診明細書
- ② 会員事業者宛の請求書（写し）
- ③ 受診者の氏名が明記されている明細書（写し）
- ④ 会員事業者宛の領収書（写し）

(申請受付期限)

第7条 前条の助成金交付申請期限は当該年度の2月末日とする。  
但し、予算額に達した時点で締め切るものとする。

(助成金の交付)

第8条 滋ト協は、第6条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適正であると認めるときは助成金を交付する。

(助成金の返還)

第9条 滋ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、事業者に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。

- (1) この要綱、その他滋ト協が定める事項に違反したとき
  - (2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき
- 2 前項の規定により返還を命じられた事業者については、滋ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として当分の間、これを受付又は交付決定を行わないものとする。

(その他必要な事項)

第10条 この要綱に定めるほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、専門委員会協議し、理事会をもって決定する。

(附則)

第1条 この要綱は令和8年4月1日から適用する。

令和 年 月 日

一般社団法人滋賀県トラック協会 会長 様

住 所  
氏名又は名称  
代 表 者 名  
電 話 番 号  
担 当 者 名

⑩  
※代表者印をご捺印下さい

## 脳検診受診促進助成金交付申請書

脳検診受診促進助成金交付要綱第6条に基づき、助成金の交付について下記のとおり申請します。

記

助成金申請額 \_\_\_\_\_ 円

### 2. 振込先銀行口座

銀行名		支店名	
種 別	当 座 ・ 普 通	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		

### 3. 添付書類

- 脳検診受診明細書
- 会員事業者宛の請求書（写）
- 受診者の氏名が明記されている明細書（写）
- 会員事業者宛の領収書（写）

# 脳検診受診明細書

会員事業者名 \_\_\_\_\_

No.	受診者名	受診医療機関名	受診年月日
1			令和 年 月 日
2			令和 年 月 日
3			令和 年 月 日
4			令和 年 月 日