

栃ト協発第45号
平成21年5月15日

会員各位

社団法人栃木県トラック協会
会長 関谷忠泉
(公印省略)

平成21年度睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査 の実施に伴う助成について

時下 ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。
平素は当協会の運営にご協力を頂き、厚く御礼申し上げます。
さて、労働災害及び交通事故防止対策の一環として、本年度も全日本トラック協会が実施する「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成制度」に基づき、当協会でも「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成事業」を実施することになりました。
つきましては、下記条件により別紙要綱に基づき実施することになりましたのでご案内致します。

記

- 1 助成対象期間 平成21年3月1日から平成22年2月28日
- 2 助成額 5,000円/1人 (全ト協・栃ト協 各2,500円)
- 3 助成金限度額 75万円(300人)

平成21年度睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成制度実施要綱

社団法人 栃木県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、栃木県トラック協会(以下「栃ト協」という)の会員事業者に雇用されている運転者・荷扱手等(以下「運転者等」)に対する睡眠時無呼吸症候群(以下「SAS」という)のスクリーニング検査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、栃ト協の会員事業者に雇用されている運転者等とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、全日本トラック協会(以下「全ト協」という)・栃ト協が認めたSAS対策に積極的に取り組んでいる検査・医療機関とする。

- 2 会員事業者とは助成金を請求する時点で栃ト協に加入しているものをいう。但し、栃ト協会費等の未納ある会員は、その限りでない。

(助成の対象)

第4条 助成対象検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第一次検査(簡易アンケートによるチェック、解析、判定)及び第二次検査(パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査)とします。

(助成額)

第5条 助成金額は、次のとおりとする。

- 1 第一次検査費用の半額。(上限 500円/人)
- 2 第二次検査費用の半額。(上限2,000円/人)

(申請受付等)

第6条 申請受付は随時行なう。
助成限度額に達した時点で、受付は締切りとなります。

(助成適否の事前確認)

第7条 会員事業者は、助成人数枠等による助成適用の可否について、事前に栃ト協の確認を得なければならない。

(検査の予約と申込み)

第8条 会員事業者は、前条の確認を得た後、
「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候スクリーニング検査申込書」
【様式1】

- (以下「申込書」という)を、栃ト協会長に提出する。
- 2 申込書を提出した会員事業者は、検査を受けようとする検査・医療機関に予約する。

- 3 栃ト協は、会員事業者より提出された「申込書」を
「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候スクリーニング検査申込一覧」
【様式2】
にとりまとめ 全ト協及び会員事業者が予約した検査・医療機関に提出する。

(検査の受診)

- 第9条 会員事業者、申込者は、検査にあたり
「睡眠時無呼吸症候スクリーニング検査申込書兼委任状」 【様式3】
に署名・捺印し、正本を検査・医療機関に提出し、写しを会員事業者が保管する。
- 2 会員事業者は、申込者が「睡眠時無呼吸症候スクリーニング検査申込書兼委任状」の写しを求めたときは交付する。
 - 3 「睡眠時無呼吸症候スクリーニング検査申込書兼委任状」の取扱いについては、検査・医療機関、会員事業者、申込者ともに、個人情報保護法に基づき目的外利用及び紛失、流出などないように充分注意すること。

(助成金の請求)

- 第10条 検査終了後の会員事業者は、
「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候スクリーニング検査助成金申請書」
【様式4】
を栃ト協会長に提出する。
- 2 会員事業者は、「助成金申請書」提出にあたり、当該検査・医療機関の検査費明細書の写し及び、領収書の写しを添付する。

(助成金の交付)

- 第11条 第10条の請求事業者に対して、助成金を交付する。
- 2 平成22年3月以後の請求事業者に対しては、次年度に助成金を交付する。

(雑則)

- 第12条 栃ト協は、助成金の交付に関して必要な報告を求めることができる。

(付則)

- 第1条 本交付要綱は平成21年3月1日より適用する。

- 第2条 助成金の送付に係わる送金手数料は、事業者負担とする。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書

平成 年 月 日

(社) トラック協会会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査を申し込みます。

事業者名		
代表者名	印	
住所	〒	
電話 / FAX 番号		
連絡責任者名		
連絡先電話番号		
受診者数	人	受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。特に増員については、受診前に連絡がない場合は助成が受けられなくなる場合もございます。
全ト協指定検査・医療機関 (どちらかに をつけてください。)		
	NPO 法人睡眠健康研究所 〒156-0042 東京都世田谷区羽根木 1-25-16 TEL 03-5355-9941 FAX 03-5355-9956 E-mail : sleep-adm@umin.ac.jp	NPO 法人 大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構 〒536-0014 大阪市城東区鳴野西 2-11-2 大阪府トラック総会館 3F TEL 06-6965-3666 FAX 06-6965-5261 E-mail : sas@ochis-net.com

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記「申込検査・医療機関名」にご記入ください。

申込検査・医療機関名

検査・医療機関名		
代表者名		
住所	〒	
電話番号	(担当)	

様式 3

(会員事業者 検査・医療機関)

睡眠時無呼吸症候群 (SAS) スクリーニング検査申込書兼委任状

(検査・医療機関名)

平成 年 月 日

殿

事業者名 _____ (連絡責任者名) 役職・氏名 _____

代表者名 _____ 印 _____ 電話番号 _____

〒 _____
住 所 _____

1. 私 (申込者) は、睡眠時無呼吸症候群 (以下「SAS」と言う) のスクリーニング検査申込にかかる一切の事務及び「SAS」スクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。
また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、「SAS」が原因と思われる労働災害事故を未然に防止する事から検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意いたします。
2. 私 (事業者) は、下記の者の検査から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、「SAS」スクリーニング検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。
3. 私 (事業者、申込者) は、SAS スクリーニング機器は医療精密機械であり取り扱いについては充分注意いたします。不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償いたします。
4. 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管すること。
なお、申込者より本状の写しを求められたときには渡すこと。
本状の取扱については、検査・医療機関、事業者、申込者ともに、個人情報保護法にもとづき、目的外利用及び紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

NO	機器NO	申込者氏名 (上段)	住 所 (上段)		印
		電話番号 (下段)	同 意 年 月 日 (下段)		
1		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
2		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
3		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
4		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
5		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
6		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	

NO	機器NO	申込者氏名 (上段)	住 所 (上段)		印
		電話番号 (下段)	同 意 年 月 日 (下段)		
7		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
8		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
9		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
10		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
11		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
12		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
13		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
14		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
15		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
16		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
17		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
18		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
19		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
20		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	

(注) 都道府県トラック協会への申請 (様式 1 の提出) はお済みでしょうか。
事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合もございますので、ご注意ください。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金申請書

平成 年 月 日

(社) トラック協会会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査の助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 円

受診した検査・医療機関 <small>いずれかを で囲んで下さい。</small>	1 . NPO 法人睡眠健康研究所 2 . NPO 法人大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構 3 . 1、2 以外の検査・医療機関 (下欄にご記入下さい)				
事業者名					
代表者名	印				
住 所	〒				
電話番号					
一次検査受診者数	人	二次検査受診者数	人	再検査受診者数	人
当初の申請人数(様式 1 による) に対する 受診状況について <small>いずれかを で囲んで下さい。</small>	1 . 申請どおりに全員受診済み 2 . 一部未受診者あり (これから受診する [人] 受診は中止する [人]) 受診後、請求をして下さい。				
当初の 申請人数	人	3 . 申請以上の人数が受診した〔超過分 人〕 (超過した人数の追加の申請を 様式 1 で提出して下さい。)			
振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行 支店			
	口座名義				
	口座番号	1 . 普通 2 . 当座			

(1) 検査・医療機関の検査費明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。

検 査 医 療 機 関 名

検査・医療機関名	
代表者名	
住 所	〒
電話番号	(担当)