

SASスクリーニング検査受診促進助成事業について

会員が従業員に指定する検査・医療機関で健康保険適用外である第1次検査および第2次検査を実施した場合、助成金を交付します。

助成を希望する場合は、検査機関への受診申込前に協会へ申請し、検査後に実績報告（助成金交付請求）を行う必要があります。

助成対象	指定機関によるSAS検査（第1次検査、第2次検査）
申請期間	令和4年7月1日（金）～令和4年12月23日（金）（交付申請書提出期限）
助成金額	<p>検査費用の半額（上限2,500円）</p> <p>第1次検査：簡易アンケート → 上限500円</p> <p>第2次検査：検査機器を使った簡単な検査 → 上限2,000円</p> <p>【全ト協指定機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・NPO法人 睡眠健康研究所 ・NPO法人 ヘルスケアネットワーク ・一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター <p>【地方協会指定機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会医療法人 春回会 井上病院 検査料金：¥2,200（税込） ・医療法人 明和会 伊崎脳神経外科・内科 検査料金：一般事業者の場合 ¥3,830（税込）、産業医事業者の場合 ¥2,960（税込） ・医療法人 徳洲会 長崎北徳洲会病院 検査料金：¥2,200（税込）
申請方法	必ず事前に協会へ助成適用の可否及び申請の流れ、申請様式等につきましてお問合せ下さい。
注意点	要治療と判定された場合の精密検査等は健康保険が適用され助成対象外です。

SASスクリーニング検査受診促進助成金交付要綱

平成17年5月17日制定
令和4年3月28日一部改正
公益社団法人 長崎県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という）患者の早期発見と適切な治療及びSAS治療中の運転者に対し、点呼時の健康管理等を通じて労働災害事故防止に寄与することを目的とし、公益社団法人長崎県トラック協会（以下「県ト協」という）の会員事業者（以下「会員」という）がその従業員に行うSASスクリーニング検査の受診料への助成金交付事業について必要な事項を定める。

(助成対象)

第2条 県ト協は、会員が以下の指定検査・医療機関に自社の運転者のSASスクリーニング検査を受診させた時に助成する。

(指定検査・医療機関)

第3条 SASスクリーニング検査を実施する検査・医療機関は別に定める「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を行う検査・医療機関の指定に関する規定」に基づき公益社団法人全日本トラック協会（以下「全ト協」という）が指定する機関とする。

(助成対象の検査)

第4条 助成対象となる検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第1次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）および第2次検査（フローセンサ法やパルスオキシメトリー法等による簡易スクリーニング検査）とする。

(助成額)

第5条 検査の助成額は次のとおりとする。

- 1 第1次検査費用の半額（上限500円/人）
- 2 第2次検査費用の半額（上限2,000円/人）

(申請受付等)

第6条 申請受付開始日及び受付締切日は、別に定めるものとする。

(助成適否の事前確認)

第7条 助成を希望する会員は、助成適用の可否について、事前に地方協会の確認を受けなければならない。

(検査の予約と申込)

第8条 前条の確認を受けた会員は、「スクリーニング検査事前申込書【様式1-1】」を、県ト協に提出するものとする。

- 2 事前申込書を提出した会員は、検査を受けようとする指定検査・医療機関に予約し、提出した日より原則1ヶ月以内に検査を受けるものとする。

(検査の受診)

- 第 9 条 会員及び申込者は、検査にあたり、「スクリーニング検査申込書兼委任状【様式 1-2】（以下「申込書兼委任状」という）に署名・捺印し、正本を指定検査・医療機関に提出し、写しを会員が保管するものとする。
- 1 会員は、申込者が申込書兼委任状の写しを求めたときは当該者の欄のみの写しを交付するものとする。
 - 2 申込書兼委任状の取扱いについては、指定検査・医療機関及び会員は個人情報保護法に基づき、目的外利用および紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

(助成金の支払請求)

- 第 10 条 会員は、検査終了後「スクリーニング検査実績報告書【様式 1-3】（以下「実績報告書」という）と指定検査・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、県ト協に提出するものとする。
- 2 県ト協は、会員から提出された助成金申請書を「スクリーニング検査助成金請求書一覧【様式 1-4】」に 1 ヶ月ごとにとりまとめ、全ト協会長に対して助成金の支払を請求するものとする。

(助成金の交付)

- 第 11 条 前条により交付を受けた県ト協は、会員に対して速やかに助成金を支給するものとする。

(助成金の返還)

- 第 12 条 長ト協は、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) この要綱その他県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

(検査の結果報告)

- 第 13 条 事業者は、第 10 条に規定する助成金の支払請求の後、1 カ月以内に、SAS スクリーニング検査結果及び精密検査を受診した人についてはその結果について、全ト協の実施要領で定めるところにより、全ト協へ報告するものとする。

(指定検査・医療機関の結果報告)

- 第 14 条 指定検査・医療機関は、次の各号において「検査の実績と受診者の判定比率【様式 1-6】により、毎年度 6 月 30 日までに全ト協に報告するものとする。
- (1) 年間の検査の実績人数及び検査結果の判定人数と比率
 - (2) 要精密検査と判定された後の治療状況等の報告

(その他必要な事項)

- 第 15 条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、別にこれを定める。

附則（令和 4 年 3 月 28 日）

本要綱は令和 4 年 4 月 1 日より適用する。
改正前の要綱（平成 25 年 5 月 14 日）に基づき実施した事業については、なお従前の例によるものとする。

【様式1-1】

(会員事業者 → 都道府県トラック協会)

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査事前申込書

令和 年 月 日

_____トラック協会 会長 殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」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	

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込みされる人数をご記入ください。

全 ト 協 指 定 機 関	<u>NPO 法人 睡眠健康研究所</u>	人
	<u>NPO 法人 ヘルスケアネットワーク</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u>	人

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、下記にご記入ください。

地 方 協 会 指 定 機 関	検査・医療機関名 _____	人
	代表者名 _____	
	住所 〒 _____	

	電話番号 _____ 担当者名 _____	

※ 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。

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査実績報告書

令和 年 月 日

_____トラック協会 会長 殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 _____ 円

<p>受診した検査・医療機関</p> <p>いずれかを○で囲んでください。 地方協会 指定検査・医療機関 で受診の場合 検査・医療機関を ご記入ください。</p>	<p>1. NPO 法人睡眠健康研究所 2. NPO 法人ヘルスケアネットワーク 3. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター 4. 地方協会指定 検査・医療機関</p> <p>検査・医療機関名 _____</p> <p>代表者名 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話番号 _____ 担当者名 _____</p>		
	<p>事業者名 _____</p> <p>代表者名 _____ 印</p> <p>住 所 〒 _____</p> <p>電話 / FAX 番号 _____</p>		
一次検査受診者数	_____ 人	二次検査受診者数	_____ 人
事前申込書【様式 1-1】でご記入いただいた申込み人数		_____ 人	
<p>事前申込書【様式 1-1】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>2. 一部未受診者あり (①これから受診する _____ 人 ②受診は中止する _____ 人)</p> <p>※ 未受診の方は早急に検査を受けてください。また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。</p>			
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	

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。