

平成29年度「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策」事業実施要領

公益社団法人兵庫県バス協会

（事業内容）

第1条 この要領は、公益社団法人兵庫県バス協会（以下「兵庫県バス協会」という。）が、運輸事業振興助成交付金事業として、睡眠時無呼吸症候群（SAS）に起因する居眠り運転や漫然運転による事故防止を図るため、バス事業者（公営事業者を除く。以下「事業者」という。）が、NPO法人ヘルスケアネットワーク（OCHIS）等専門検査機関（以下「専門検査機関」という。）が行うパルスオキシメーターによるスクリーニング検査（以下「スクリーニング検査」という。）を実施した場合について助成金を交付することを目的とします。

なお、実施にあたっては、公益社団法人日本バス協会が定めた「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」実施要領（平成22年度）を準用します。

（助成対象事業）

第2条 助成の対象は、事業者が専門検査機関によるスクリーニング検査を受けた場合とします。

2 スクリーニング検査受診対象期間は、平成29年4月1日から平成30年2月15日までとします。

（助成額）

第3条 助成金の交付額は、スクリーニング検査費用に対し1名3000円を限度（限度額）とします。

但し、スクリーニング検査費用が助成金の限度額を下回る場合は、同検査費用を限度とします。

また、申込が多数で、受診者数が当協会の平成29年度睡眠時無呼吸症候群（SAS）事業予算を超えることとなったときは、予算額の範囲内で調整をさせていただきます。

（交付申請）

第4条 事業者は、助成金の交付を受けようとするときは、様式1の「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」の選定及び助成金の額の決定依頼書（以下「交付申請書」という。）を平成29年9月29日(金)までに兵庫県バス協会に提出しなければなりません。

（交付決定）

第5条 兵庫県バス協会は、申請状況により、助成人数を決定し、様式2により申請の事業者に通知します。

(申請の取下げ)

第6条 交付決定後、申請の取下げをする事業者は、速やかに様式3による「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」取下げ申請書を提出しなければなりません。

(助成事業の完了報告及び助成金交付請求書の提出)

第7条 事業者は、スクリーニング検査終了後、兵庫県バス協会から助成金を受けようとする場合は、様式4により「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」完了報告及び助成金交付請求書を平成30年2月28日（水）までに提出しなければなりません。

(助成金の交付取消と返還)

第8条 事業者が、次に掲げる各号のいずれかに該当することとなったときは、本助成金を取り消すことができる。

- (1) 偽り、その他不正の手段により助成金の交付を受けたとき。
- (2) 助成金を他の用途に使用したとき。
- (3) その他助成金の交付内容若しくは、これに付した条件、その他法令又は本要領に基づく命令に違反したとき。

様式1

平成 年 月 日

公益社団法人 兵庫県バス協会
会 長 長 尾 真 殿

申込者
住 所
氏 名 (名称)

⑩

「睡眠時無呼吸症候群 (SAS) 対策事業」の選定及び
助成金の額の決定依頼書 (平成29年度)

平成28年度睡眠時無呼吸症候群 (SAS) 対策事業を実施したい
ので、受診者名簿を添えて申し込みます。

1. 受診者数 名
2. 受診者内訳 別紙名簿のとおり
3. 助成金決定依頼額 円
(限度額 3000 円×受診人員数)

(注)

1. 助成対象は、睡眠時無呼吸症候群 (SAS) スクリーニング検査を受診した
場合を対象とします。
2. スクリーニング検査費用助成限度額は、受診者1名当たり3000円と
し、予算の範囲内で別途定める額とします。
3. スクリーニング検査費用が助成金額限度額を下回る場合は、スクリーニ
ング検査費用を助成限度額とします。

様式2

兵バス協第 号
平成 年 月 日

会員事業者 殿

公益社団法人 兵庫県バス協会
会 長 長 尾 真

「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」の選定
及び助成金の額の決定について （通 知）
（29年度）

貴社から交付申請のあった標記事業について、下記のとおり決定したので
通知します。

記

助成人数 _____ 名

助成単価 _____ 円

助成金額 _____ 円

様式 3

平成 年 月 日

公益社団法人 兵庫県バス協会
会 長 長 尾 真 殿

事業者名
住 所
代表者名

印

「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」 取下げ申請書
(平成29年度)

平成 年 月 日付け兵バス協第 号により交付決定を受けた
「睡眠時無呼吸症候群（SAS）」について、下記のとおり取下げしたいので、
睡眠時無呼吸症候群対策事業実施要領第6条に基づき申請します。

記

1. 取下げる人数 名
2. 取下げる金額 円 (単価 円)
3. 取下げの理由

様式4

平成 年 月 日

公益社団法人 兵庫県バス協会
会長 長尾 真 殿

事業者名
住 所
代表者名

印

「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」完了報告
及び助成金交付請求書

平成29年度睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業が完了したので
下記のとおり助成金を交付されるよう請求します。

記

1. 助成人数 名
2. 助成金額 円
3. 助成金振込先

① 金融機関名 _____ 銀行・信用金庫・その他

② 支店名 _____ 支店

③ 預金種別 普通預金 ・ 当座預金

④ 口座番号 _____

⑤ 口座名義 _____

(注) 1. 次の資料を添付してください。

①領収証写し

②事業の完了を証するために必要と思われる書類

受診者名簿等
SAS検査（診断）内訳（請求書内訳）
領収書 写 等

SAS検査費用助成金受領までの流れ

