

# 令和3年度 脳MRI（磁気共鳴画像）検査実施要領

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、健康起因事故の防止のためバス事業者（公営事業者を除く。以下「事業者」という）が脳MRI（磁気共鳴画像）検査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。

## （助成対象）

第2条 助成の対象は、運転者が医療機関で脳MRI（磁気共鳴画像）検査を受診した場合とします。

2 検査受診対象期間は、令和3年4月1日から令和4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、検査費用に対し1名5,000円を限度（限度額）とし、予算の範囲内で調整します。

## （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「脳MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」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。）を令和3年9月30日(木)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「脳MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」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、脳MRI（磁気共鳴画像）検査の終了後、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「脳MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」完了報告及び助成金交付請求書を令和4年2月25日（金）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

令和 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  
担当者名  
連 絡 先

㊞

「脳MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」の選定及び  
助成金の額の決定依頼書（令和3年度）

令和3年度脳MRI（磁気共鳴画像）検査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 5,000 円×受診人員数）

（注）

1. 助成対象は、脳MRI（磁気共鳴画像）検査を受診した場合を対象とします。
2. 検査費用の助成限度額は、受診者1名当たり5,000円を限度とし予算の範囲内で定める額とします。
3. 検査費用が助成金額限度額を下回る場合は、その検査費用を助成限度額とします。



様式 2

兵バス協第 号  
令和 年 月 日

殿

公益社団法人 兵庫県バス協会  
会 長 長 尾 真

「脳 MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」の選定  
及び助成金の額の決定について（通 知）  
（令和 3 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

令和 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

「脳MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」取下げ申請書  
（令和3年度）

令和 年 月 日付け兵バス協第 号により交付決定を受けた  
「脳MRI（磁気共鳴画像）検査について、下記のとおり取下げしたいので、脳  
MRI（磁気共鳴画像）検査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

令和 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

「脳MRI（磁気共鳴画像）検査対策事業」完了報告  
及び助成金交付請求書（令和3年度）

令和3年度脳MRI（磁気共鳴画像）検査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ますよう請求します。

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）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  
脳MRI検査請求書及び内訳書の写し等

