

令和4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）

第2条 助成の対象は、運転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、令和4年4月1日から令和5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 3,000円を限度（限度額）とします。ただし、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令和4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、令和4年9月30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令和5年2月17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

印

「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（令和4年度）

令和4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 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

㊞

「睡眠時無呼吸症候群（SAS）対策事業」取下げ申請書
（令和4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
「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

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

「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（令和4年度）

令和4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

請求書の写し及び請求書内訳の写し等

