

睡眠時無呼吸症候群検査助成事業

予算額 全ト協 4,500千円
茨ト協 4,500千円

1. 助成対象

SASのスクリーニング検査のうち健康保険適用外である以下のものとします。

- ・第1次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）
- ・第2次検査（フローセンサ法やパルスオキシメトリ等による簡易スクリーニング検査）

2. 助成額

第1次・第2次検査費用の半額（上限2,500円／人）

※ 全ト協からも同額の補助があります。

但し、全ト協の予算額に達した時点で受付が終了となります。

3. 助成対象検査・医療機関

全ト協及び茨ト協が認めたSAS対策に積極的に取り組んでいる検査・医療機関とします。

検査・医療機関	検査費用
NPO法人睡眠健康研究所 〒156-0041 東京都世田谷区大原2-15-15 (TEL) 03-5355-9941 (FAX) 03-5355-9956	5,500円
NPO法人ヘルスケアネットワーク 〒536-0014 大阪府大阪市城東区鳴野西 2-11-2 大阪府トラック総合会館 3階 (TEL) 06-6965-3666 (FAX) 06-6965-5261	5,500円
一般財団法人運輸・交通SAS対策支援センター 〒160-0004 東京都新宿区四谷 3-2-5 全日本トラック総合会館 2階 (TEL) 03-3359-9010 (FAX) 03-3356-5454	5,240円
社会福祉法人白十字会白十字総合病院 〒314-0134 茨城県神栖市賀2148 (TEL) 0299-92-3311 (FAX) 0299-93-1084	6,600円
医療法人慶友会守谷慶友病院 〒302-0118 茨城県守谷市立沢980-1 (TEL) 0297-46-0877 (FAX) 0297-21-1610	5,170円

4. 対象期間

令和6年4月1日から令和7年3月15日までに検査を実施し、支払いが終了するものとします。

5. 助成手続きの流れ

● 事前確認

- ① 助成されるかどうか、茨ト協へ確認して下さい。

● 申込・受付

- ② 茨ト協へ「事前申込書」(様式1-1)を提出して下さい。(FAX可)
③ 受理されたら、検査・医療機関に予約して下さい。

● 検査の実施

- ④ 予約後、「申込書兼委任状」(様式1-2)に必要事項を記入して原本を検査・医療機関に提出して下さい。
※写しをとって保管して下さい。
⑤ 検査費を支払い、検査費明細書・領収書等を保管して下さい。
⑥ 検査機器が宅配便等で送付されます。検査をしたら、すみやかに機器を返却して下さい。
⑦ 返却のあと、結果が報告されます。

● 実績報告及び助成金の請求

- ⑧ 検査終了後、「実績報告書」(様式1-3)を、以下の期限までに茨ト協に提出して下さい。('検査・医療機関の検査費用明細書の写し'と'支払いを証明するものの写し(領収書・振込書等)')を必ず添付してください)

検査実施期間	申請期限
4月1日(月)～7月31日(水)	9月30日(月)
8月1日(木)～11月30日(土)	1月10日(金)
12月1日(日)～3月15日(土)	3月17日(月)

● 検査の結果報告

- ⑨ 検査後3ヶ月以内に、検査結果状況等を以下のアンケート回答ページよりご回答ください。

URL <https://forms.gle/MJiGXcM5ezt5u7CB8>



6. 助成条件

- ・ 茨ト協に加入し、かつ、会費の未納がない会員とします。
(入会以降に実施した検査を対象とします)
- ・ 助成人数は会費請求台数を限度とします。
- ・ 県内の営業所に勤務する運転者を対象とします。

申請を希望される方は、当協会へご連絡ください