

血圧計導入促進助成金交付要綱

令和2年3月11日制定
公益社団法人 新潟県トラック協会

(事業趣旨)

第1条 公益社団法人新潟県トラック協会（以下「県ト協」という。）は、過労死や健康起因事故の原因となる、脳・心臓疾患の要因となる高血圧の予防に血圧測定が重要であることから、血圧計の普及を図るため、乗務前点呼における血圧測定に活用できる高機能な血圧計（以下「機器」という。）の普及を図ることを目的として、導入した会員事業者に対して助成金を交付する。

(助成対象機器)

第2条 助成対象とする機器は、管理医療機器かつ特定保守管理医療機器である全自動血圧計（業務用）とし、助成対象機器としての適否の判断基準は、全ト協が別に定める基準を満たす機器（別添1）とする。

但し、本体以外のオプション品、並びに中古品は対象としない。

2 前項で定めた機器は、当該年度の4月1日以降に新たに機器を購入（リース・レンタルは不可）し、支払いが完了したものを助成対象とする。

なお、国から補助金が交付された機器については、助成対象としない。

(助成及び助成額)

第3条 助成金の交付額は、会員事業者が新たに購入した機器の取得価格（消費税除く）の2分の1または上限50,000円のいずれか低い額（1,000円未満の端数切り捨て）を助成する。なお、助成については1事業所につき1台までとする。

但し、会員事業者が中小企業法人（資本金3億円以下、常時使用する従業員の数が300人以下のいずれか）である場合は、取得価格の2分の1以内、上限50,000円を加算する。

(助成金の請求)

第4条 本助成は、当該年度の4月1日から翌年1月末日までに購入をし、支払いが完了した機器について、実績報告書（別紙様式1）及導入内訳書（別紙様式2）に所定の事項を記載し、請求明細書（写）、領収書（写）等、協会が必要とする書類を添付して当該年度の2月10日までに提出しなければならない。

但し、期間内であっても予算額に達した場合には終了することがある。

(助成金の交付)

第5条 県ト協は、前条の実績報告書の提出があったときは、速やかにその報告内容を審査し、条件に適合すると認めるときは、会員に対して助成金を交付する。

(助成金の返還)

第6条 県ト協は、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

2 前項の規定により返還を命じられた事業者については、県ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として、当分の間、これを受付又は交付決定を行わないものとする。

(機器の処分制限)

第7条 事業者は、交付対象となった機器導入の日から起算して6年を経過するまでは、譲渡、廃棄、貸付又は担保（以下「処分」という。）に供してはならない。但し、あらかじめ協会の承認を得た場合はこの限りではない。

(その他必要な事項)

第8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、協会が別にこれを定める。

(附則)

第1条 本要綱は令和2年4月1日より適用する。

血圧計導入促進助成対象機器一覧

令和2年4月1日現在

メーカー名(50音順)	機器名称	型式
(株)エー・アンド・デイ	全自動血圧計 診之助 S l i m	T M 2 6 5 7 P - J C
		T M 2 6 5 7 V P - J C
オムロンヘルスケア(株)	自動血圧計 健太郎	H B P - 9 0 2 0 - J P
		H B P - 9 0 2 1 - J P
		H B P - 9 0 2 0
		H B P - 9 0 2 1
		H B P - 9 0 3 0
		H B P - 9 0 3 1 C
		H B P - 9 0 3 5
		H B P - 9 0 3 6 C
キヤノンマーケティングジャパン(株)	全自動血圧計	U D E X - i T y p e I I
(株)スズケン	全自動血圧計	A C 0 5 P
(株)タニタ	全自動血圧計	B P - 9 0 0

様式1 (第4条関係)

令和 年 月 日

血圧計導入促進助成事業実績報告書 (助成金交付請求書)

公益社団法人 新潟県トラック協会
会 長 小 林 和 男 殿

住 所
会社名
代表者 □

血圧計導入促進助成金交付要綱第4条に基づき、助成金の支払いについて、下記のとおり請求します。

記

1. 整理番号 : ~
2. 助成内容 : 別紙内訳書のとおり
3. 助成金額 : _____ 円
4. 添付書類 : 事業報告書の直近事業年度分の資本金・従業員数の記載がある頁(写)
請求書(写)、領収書(写)
5. 振込先銀行口座 銀行名 : _____ 銀行・信用金庫
支店名 : _____
預 金 : 普通・当座
口座番号 : _____
口座名義 : _____
6. 申請担当者 氏 名 : _____
電話番号 : _____

血圧計導入内訳書

年 月 日

整理 番号	事業者名	支店・営業所名	メーカー・機種名	取得価格(円) ※消費税抜き	助成申請額	購入年月
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						