

新型コロナウイルスPCR検査費用補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

大紀町長 様

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

住 所 大紀町 \_\_\_\_\_

(被検査者との関係： \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 被検査者が未成年の場合は保護者が、また被検査者が申請できない場合は代理者が申請して下さい。

大紀町新型コロナウイルスPCR検査費用補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので申請（請求）します。

被 検 査 者 (検査を受けた人)	フリガナ 氏 名		生年月日	S H	年	月	日
	住 所	大紀町					
PCR 検 査 実 施 の 医 療 機 関 等 及 び 実 施 日 等	医療機関 の 名 称						
	住 所	電話番号：					
	検 査 実 施 日	月	日	結 果 判 明 日	月	日	
検 査 の 結 果 (※ 記入は自由)	陰 性 ・ 陽 性 ・ その他 ( _____ )						
補助金請求額 及 び 振 込 先	検査費用	円	金融機関名	本店 支店			
	補 填 金	円	口座番号	普通 当座			
	請 求 額	円	名 義 人				
PCR検査を受け る事とした理由  (陽性者や濃厚接触 者からのつながり や体調の状況等)							

- ※ 「検査の結果」欄は、結果の報告を了解された方のみ記入してください。
- ※ 検査費用が分かる領収書等及び補填金がある場合は補填額が分かる書類を添付してください。
- ※ 補助金請求の限度額は、1回の検査につき20,000円までとします。
- ※ 当該申請書に記載された事項は、補助金交付事務以外への使用等はいりません。