

日吉津村PCR検査費用補助金交付申請（請求）書

令和 年 月 日

日吉津村長 様

申請（請求）者 住所

氏名 ⑩

（検査実施者との続柄）

電話番号 - -

※日中連絡可能な電話番号

PCR検査を実施したので、新型コロナウイルス感染症対策日吉津村PCR検査費用補助金交付要綱第5条の規定により、申請（請求）します。申請内容について、住民基本台帳及び職場等に確認することに同意します。

PCR検査 実施者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所					
	検査日	令和 年 月 日	検査結果 判明日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
検査機関名 (結果判定機関)						
PCR検査費用 (郵送料等含む)		円				
申請（請求）額		円 ※PCR検査に要した費用の全額（1回の検査につき上限20,000円とし、上限に満たない場合はその額まで）				
振 込 先	<input type="checkbox"/> 村に登録済の振込口座への振り込みを希望します。 ※振込口座の登録がない場合は、下記を記入してください。					
	フリガナ		預金 種別	普通 ・ 当座		
	口座名義人（※申請者名義）		⑩			
	金融機関名	銀行・組合 金庫	支店・支所 出張所	口座 番号		

【添付書類】

- ・ 医療機関等発行の領収書（実施者氏名、検査日、料金の記載のあるもの）
- ・ 振込先通帳の写し

【注意事項】

- ・ 助成回数は、1人につき同年度内2回までとします。
- ・ 申請（請求）は、**令和4年3月31日**までに行ってください。

※これより下は、役場記入欄です。

新型コロナウイルス感染症対策日吉津村PCR検査費用補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり交付決定してよいか伺います。			
令和 年 月 日			
確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 通帳の写し	交付決定額	円
村長	課長	合議	主査