

皆野町新型コロナウイルス感染症検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

皆野町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

皆野町新型コロナウイルス感染症検査費助成金の交付を受けたいので、皆野町新型コロナウイルス感染症検査費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、助成金の交付決定後、助成金を次の口座に振り込むよう請求します。

1 申請金額 金 _____ 円

2 検査受診者

氏名			
住所	〒		
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
電話番号			
検査種類 (該当検査に○)	PCR検査	抗原定量検査	
検査日	年 月 日		
基礎疾患 (該当するものにレ点)	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患		

3 振込口座 (申請者名義と同じ口座名義のものとしてください。)

金融機関名		本・支店名	店
種別 (いずれかに○)	普通 ・ 当座	口座番号 (7桁)	
フリガナ 口座名義人			

4 添付書類

- (1) 医療機関が発行した検査を実施したことを証明する書類の写し
- (2) 医療機関が発行した検査の費用に係る領収書 (原本)
- (3) 助成金の振込を希望する金融機関の申請者名義の口座の通帳等の写し
- (4) その他町長が必要と認める書類