

(記入の注意点等)

様式第1号(第5条関係)

令和 □年 □□月 □□日

甲良町長 様

申請者

住所 甲良町〇〇

- ・検査を受けた人の氏名
- ・一人1枚の申請書を作成してください

氏名 ●●●● ●●●● 印

電話番号 ◇◇◇◇-◇◇◇◇-◇◇◇◇

できるだけ携帯電話等の連絡のつながりやすい番号を記入

甲良町新型コロナウイルス感染症予防に伴うPCR検査等事業費補助金

交付申請書兼交付請求書

下記のとおり補助の交付を受けたいので、甲良町新型コロナウイルス感染症予防に伴うPCR検査等事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請兼請求します。

- ・一人につき一年度あたり1回の検査費用のみが交付対象です。
- ・助成上限額は25,000円です。ご注意ください。

記

補助金交付申請額兼交付請求額 金 ◆◆◆◆ 円

金額の訂正不可(金額に訂正印を押したものは無効となります)。

添付書類

- (1) 医療機関または検査機関の領収書(原本)
- (2) PCR検査等の実施がわかる明細等の資料
- (3) 振込先口座名義等(金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号記載面の写し)
- (4) 個人情報利用同意書

受けた人の氏名、検査年月日・検査名
検査費用・証明書発行費用の内訳がわかるもの

(3) はキャッシュカードのコピーでも可

振込口座

金融機関名・支店名 :

口座種別 : 「普通」「当座」のいずれかを記入

口座番号 :

(フリガナ)

口座名義 : ●●●● ●●●●