様式第１号（第5関係）

新型コロナウイルス感染症検査費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

　　　大町市長　殿

 申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

大町市新型コロナウイルス感染症検査費用助成金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて申請・請求します。

　なお、交付要件の審査のため、住民登録等について、市が公簿等により確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受検者 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 大町市 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 請 求 額 | 　　　　　　　　　　円 |
| 受 検 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 振込先口座 | 金融機関名 |  |
| 支店・支所名 |  |
| 口座種別 | 　　　普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

＊大町病院でＰＣＲ検査を受検した領収書を添えて提出してください。

＊助成金の交付の対象となる人は、大町市内に住所を有する人で、自らの希望により大町病院で実施するＰＣＲ検査を受検した人です。

＊大町病院でＰＣＲ検査を受けた日から30日以内に申請してください。

＊この助成金の交付を受けることができるのは、１人につき１回限りです。