

(あて先) 小松市長

住 所  
氏 名  
電話番号小松市医療・介護等施設への新型コロナウイルス検査助成事業補助金  
申請書兼実績報告書兼請求書

小松市医療・介護等施設への新型コロナウイルス検査助成事業補助金交付要綱第8条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請し、補助金額が確定したときは、その支払いを請求します。

## 記

検査方法	金額
PCR検査	円
抗原定量検査	円
申請額	円

振込先口座 ※申請者名義

金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行			本店		
	信用金庫			支店		
種別		普通・当座	口座番号		農協	支所
ゆうちょ銀行 (通帳の写しを添付)	ゆうちょ銀行	預金種目	店名・店番		通帳番号(右詰めでお書きください)	
	9 9 0 0	普通・当座				
口座名義人	氏名			カナ氏名		

※領収書を受け取ってから概ね1か月以内に申請をしてください。令和5年2～3月に検査を実施した分は、支払いの都合上令和5年4月10日までにいきいき健康課へ提出をお願いいたします。

事務処理欄 支出負担行為   
支出命令

別紙（個人用）

新型コロナウイルス検査受検者報告書

申請者名		
受検者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記入不要）	
受検者が所属する施設名等	施設名 所在地 電話番号	
受検者生年月日	年 月 日生（ 歳）	
検査年月日 （申請回数）	令和 年 月 日（ 回目）	
検査を受けた医療機関名		
検査方法及び検査結果	<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性

※ 対象となる受検者全員分についてそれぞれ作成すること。

※ 申請者名は、別記様式の「氏名」欄記載の申請者と一致すること。

本件の申請及び請求内容について同意します。

受検者氏名

（申請者本人が受検した場合は不要）

受検者が勤務又は利用する施設名

管理者名

【添付書類】

1. 医療機関等が発行する領収書等の原本

※ あて先が申請者又は受検者の名前と一致していること、PCR検査等の費用であること、検査年月日、領収金額、領収年月日、医療機関名及び領収印を確認できるもの

2. 振込先口座が確認できるものの写し（窓口での申請の場合は提示で可）