

(あて先) 小松市長

住 所
施 設 名
管理者名
担当者氏名
連絡先小松市医療・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	件 数	金 額
P C R 検 査	件	円
抗原定量検査	件	円
申 請 額	件	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
	農 協			支所
	種別	普通・当座	口座番号	
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（施設用）

新型コロナウイルス検査受検者報告書

申請施設名		
受検者氏名		
受検者住所 （住民票上の住所）	住所	
電話番号	電話番号	
受検者生年月日	年 月 日生（ 歳）	
申請回数	回（受検者1人につき2回まで）	
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。
- ※ 申請施設名は、別記様式の「施設名」欄記載の施設と一致すること。

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（自署） _____

※自署が困難な場合代筆者が受検者氏名、代筆者氏名、続柄を記入してください。

代筆者氏名 _____

続柄 _____