

(あて先) 小松市長

小松市高齢者等新型コロナウイルス検査費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり新型コロナウイルス感染症の検査に要する費用の助成を申請します。

申請者氏名 (検査を受けた本人)	
申請者住所 (住民票上の住所)	〒923- 小松市 TEL: ()
申請者生年月日	T・S・H 年 月 日生 (歳)
申請額	円
検査を受けた医療機関名	
検査実施年月日	令和 年 月 日
検査方法	<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査
検査結果	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
検査対象区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する者
※基礎疾患を有する者の場合のみ記入 基礎疾患名	<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 かかりつけ医(医療機関名):

検査に要した費用に係る助成金を下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって助成について承認通知されたものと了承いたします。

振込先口座 (申請者名義の口座)									
銀行 信用金庫 農協				支店 支所		預金種別		・普通 ・当座	
口座番号								口座名義人 (カタカナで記入)	

【添付書類】

- 医療機関等が発行する領収書等の原本
受検者の氏名、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、領収印を確認できるもの
- 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)
- 基礎疾患を有することが確認できる書類(基礎疾患を有する者のみ)

※令和4年4月1日～令和5年3月31日実施分は、令和5年4月10日までに申請してください。