小鹿野町高齢者等の希望による新型コロナウイルス感染症検査費助成金
交付申請に伴う添付書類

申請者（ご本人が記入してください。）※65歳以上の方は、必要ありません。

氏名		
住所	〒	
生年月日	年　　月　　日（満　　歳）	
電話番号		
検査種類 （該当検査に〇）	ＰＣＲ検査	抗原定量検査
基礎疾患 （該当するものにレ点）	□慢性閉塞性肺疾患　□慢性腎臓病　□糖尿病　□高血圧 □心血管疾患	

※　障害者手帳やお薬手帳等の証明できる書類がご用意できない場合には、主治医による下記証明書の記入が必要です。
医療機関によっては、文書料が必要な場合がありますので、かかりつけ医にご確認ください。

主治医　様

小鹿野町高齢者等の希望による新型コロナウイルス感染症検査費助成金の申請にあたり、基礎疾患に罹患していることの証明が必要となります。医師記入欄にご記入をお願いいたします。

医師記入欄

該当する基礎疾患に〇をつけてください。

慢性閉塞性肺疾患　　慢性腎臓病　　糖尿病　　高血圧　　心血管疾患

上記の基礎疾患に罹患していることを証明します。

年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
自署の場合は押印不要

記入についてのお問い合わせは、保健課（７５－０１３５）までお願いします。

保健課記入欄

確認日	確認書類	該　当	備　考
	障害者手帳 ・ お薬手帳、薬の説明文書 ・ その他 （　　）	可・否	

※主治医の証明がある場合には、助成対象者とする。