様式第１号(第６条関係)

高齢者等の希望による新型コロナウイルス感染症検査等費用助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

小鹿野町長　様

申 請 者　住　所

氏　名

電話番号

　高齢者等の希望による新型コロナウイルス感染症検査等費用助成金の交付を受けたいので、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等費用助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、助成金の交付決定後、助成金を次の口座に振り込むよう請求します。

１　申請金額　　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　検査受診者

|  |  |
| --- | --- |
| 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○） | ＰＣＲ検査 | 抗原定量検査 |
| 検査日 | 年　　　月　　　日 |
| 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 |

３　振込口座（申請者名義のもの）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本・支店名 | 店 |
| 種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

４ 添付書類

(1) 医療機関が発行した検査に係る費用の領収書（原本）

(2) (1)の診療明細が分かるもの

(3) 助成金の振込を希望する金融機関の申請者名義の口座の通帳等の写し

(4) その他町長が必要と認める書類