別記様式第１号（第７条関係）

留萌市新型コロナウイルス任意ＰＣＲ検査等助成金交付申請書兼同意書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 資格区分 | ⑴ ６５歳以上高齢者  ⑵ ６５歳未満の基礎疾患を有する者 |
| 対象者  氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦・大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　月　　日 | | |
| 申請理由 |  | | |
| 検査費用  (見込)額 | 円（領収書の金額） | | |
| 留萌市長　様  　　上記のとおり関係書類を添えて、ＰＣＲ検査等の費用負担に係る助成金の交付を  申請します。また、検査結果の報告を行うことにも同意します。  　　　　　　年　　月　　日  　申請者　住　　所　　留萌市　　　　町　　　丁目　　　番（地）　　　号  　　　　　氏　　名  電話番号　 （　　　　　）　　　　　－ | | | |

**【必須事項】**

**・　申請時に対象者の資格区分を確認するため、「運転免許証の写し」や「介護保険被保険者証の写し」等年齢を確認できるもののほか、６５歳未満の基礎疾患を有する方は「基礎疾患の治療中」であることを確認できるものを添付してください。**

**・　重症心身障害である場合には「身障手帳の写し」や「重度心身障害者医療費受給資格証の写し」等のいずれかを添付してください。**

別記様式第２号（第７条関係）

留萌市新型コロナウイルス任意ＰＣＲ検査等助成金請求書

　　　　　年　　月　　日

留萌市長 様

申請者　住 　 所　留萌市　　　町　　丁目

氏 　 名　　　　　　　　　　　印

電話番号

このことについて、留萌市新型コロナウイルス感染症任意ＰＣＲ検査等助成事業実施要綱第７条の規定に基づき、次のとおり請求します。

金　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀行　　　　　　　　　本店  農協　　　　　　　　　支店  金庫　　　　　　(　　　　 )  (　　　　 ) | | |
| 口座の種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義人 |  | | |

**【必須事項】**

**・　「検査費用の領収書（原本）」並びに「検査機関等が発行した検査結果通知の写し」を添付してください。**

**・　振込先の口座情報を確認するため、通帳の表紙を開いてすぐのページ（口座番号などが記載されたページ）のコピーを添付してください。**