

(様式第1号)

日高町新型コロナウイルス感染症対策PCR検査費助成金申請書兼請求書

日高町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____

新型コロナウイルス感染症にかかるPCR検査を受診しましたので、下記のとおり日高町新型コロナウイルス感染症対策PCR検査費助成金を請求します。なお、申請内容について、日高町役場職員が住民基本台帳等によって確認することに同意します。

申請・請求額		円	
		※領収書の金額と2万円の低いほうの額を記載してください	
検査日		令和 年 月 日	
受診者	氏名		
	生年月日		
	住所 (今お住まいの住所)		
	連絡先	※携帯電話等の日中連絡可能な番号	
帰省の場合	帰省先住所		
	帰省先世帯主		
	帰省先電話番号	※携帯電話等の日中連絡可能な番号	
	帰省・帰宅日	帰省日：令和 年 月 日 帰宅日：令和 年 月 日	
振込先	金融機関名		支店名
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ)	

添付書類

- ① 申請者・受診者・帰省先世帯主の本人確認書類の写し（免許証・学生証・マイナンバーカード等）
- ② PCR検査を受診した事がわかる領収書等