

様式第1号(第5条関係)

高齢者新型コロナウイルス感染症検査費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

年 月 日

(あて先)昭和町長

次のとおり、高齢者新型コロナウイルス感染症検査費用助成金の支給を申請します。

申請者	フリガナ		連絡先	
	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
	住所			
検査	検査日	医療機関名又は民間検査機関名	金額(円)	
	年 月 日			
振込先	金融機関	本支店名	種目	口座番号(右詰め)
	銀行 金庫 組合 農協	支店	1普通 2当座	
	金融機関番号	支店番号	口座名義(カタカナで記入)	
証明欄	申請者が、高齢者施設等に新たに入所または、新規に短期入所を利用することを証明します。			
	年 月 日			
	(高齢者施設等)			
	所在地			
	施設名称			
代表者氏名 Ⓜ				
連絡先				
委任欄	私は、証明欄の高齢者施設等の代表者を代理人と定め、本申請に基づく助成金の受領を委任します。			
	年 月 日			
	(申請者)			
	住所			
氏名 Ⓜ				

備考

- 1 助成金額上限はPCR検査1件につき25,000円です。
- 2 助成金額上限を超えた分は自己負担となります。
- 3 助成金交付は、1人につき1回限りです。
- 4 次の書類を添付してください。  
(1)検査を受けた医療機関又は民間検査機関が発行した領収書  
(2)振込先口座の通帳の写し

※町使用欄			
受付	審査	通知	支払

