

年 月 日

小野町新型コロナウイルス自費検査費用補助金交付申請書兼請求書

小野町長 様

申請者 住 所 小野町大字 字

氏 名 ⑩

電話番号

下記のとおりPCR検査等を受けたので、小野町新型コロナウイルス自費検査費用補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類※を添えて申請並びに請求します。

※関係書類…領収書等の写し・本人確認書類の写し・通帳等の写し

記

受検者	氏 名					
	生年月日	年 月 日生				
	住 所	<input type="checkbox"/> 町内の方：小野町大字 字 <input type="checkbox"/> 町外の方：				
	連絡先	- -				
	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	検査種別	<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査		
		検査日	令和 年 月 日			
令和 年 月分	1回目	検査費用総額	円(税込) × 補助率 8/10 = 円 ...① (上限 20,000 円)			
	2回目	検査費用総額	円(税込) × 補助率 8/10 = 円 ...② (上限 20,000 円)			

交付申請・請求額 (①+②) 円

振込先口座(申請者本人名義)	ゆうちょ銀行以外	金融機関名	銀行・ 農協						
		支店名	本、支店			本・支所、出張所			
		分 類	1. 普通		2. 当座				
		口座番号	左詰めで記入						
		(7桁) 口座名義	.....						
	ゆうちょ銀行	(通帳見開き左上に記載の記号・番号)							
		通帳記号	1						-
		通帳番号							
		(7桁) 口座名義	.....						

## (別紙) 様式第 1 号関係

1	受検者	氏 名			
		生年月日	年 月 日生		
		住 所	小野町大字 字		
		連絡先	- -		
		申請者との関係		検査日	令和 年 月 日
2	受検者	氏 名			
		生年月日	年 月 日生		
		住 所	小野町大字 字		
		連絡先	- -		
		申請者との関係		検査日	令和 年 月 日
3	受検者	氏 名			
		生年月日	年 月 日生		
		住 所	小野町大字 字		
		連絡先	- -		
		申請者との関係		検査日	令和 年 月 日
4	受検者	氏 名			
		生年月日	年 月 日生		
		住 所	小野町大字 字		
		連絡先	- -		
		申請者との関係		検査日	令和 年 月 日
5	受検者	氏 名			
		生年月日	年 月 日生		
		住 所	小野町大字 字		
		連絡先	- -		
		申請者との関係		検査日	令和 年 月 日