様式第1号（第6条関係）

年　　月　　日

小野町新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ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

　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおりＰＣＲ検査を受けたので、小野町新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査費用補助金交付要綱第６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。

記

１　申請概要

　・　申請書別表のとおり

２　補助金申請額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受検者総数 | 名 | 総検査費用 | 円 |
| 交付申請額 | 円（1,000円未満切り捨て） | | |

※補助金額は、１検体当たり10,000円が上限となります。

３　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ゆうちょ銀行以外 | 金融機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 店 名 | 本・支店、本・支所、出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分　　類 | １．普通　　　　２．当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | 右詰めで記入 | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  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 |  |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（※6桁目がある場合に記入）

【裏面もご確認ください】

４　誓約事項

　・私は、町税等に滞納はありません。

・本申請書の記載内容に偽りはありません。

　・私は、公序良俗に反する事業又はサービスの提供を行っていません。

　・私は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第２条第２号に掲げる者に

該当しません。

　・私は、これらの事項に反する場合、補助金の取り消しや損害賠償請求等、小野町が

行う一切の措置について異議の申し立てを行いません。

５　添付書類

　①　対象経費について支払った領収書の写し

　　（※領収書に消費税等の金額を明記してください。）

　②　町内事業に係る従業員数等がわかるもの

　③　振込先口座の通帳の写し

　④　事業所の位置図

　⑤　営業実績のわかる書類（法人町民税の申告書の控え　等）

【注意事項】

　１　申請者の印は、社印又は代表者印を押印してください。

　２　申請は事業者です。個人での請求はできません。

（申請書別表）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 従業員等氏名 | 業務内容 | 検査日 | 検査費用（円） |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 計 | 人数　　　名 | | |  |

※内訳合計額と「２　補助金申請額」の総検査費用は一致すること。

※従業員等の氏名は、領収書との突合のための確認資料として要します。