

別記様式第1号（第5条関係）

町民PCR検査等助成金交付申請書

令和 年 月 日

倶知安町長 様

申請者 氏

※対象者が未成年の場合、対象者の保護者を申請者とすることもできます。

住 所 倶知安町.....

氏 名(印)

電 話

町民PCR検査等助成金の交付を受けたいので、町民PCR検査等助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の申請にあたり、町が助成の適否を決定するために、申請者及び検査対象者の住民基本台帳の確認を行うことについて同意します。

| 検査を受けた人の氏名 | 生 年 月 日 | 申請者との続柄 | 検 査 日 | 申 請 額 |
|------------|---------|---------|-------|-------|
| (フリガナ) | 年 月 日 | | 年 月 日 | 円 |
| | 歳 | | 年 月 日 | 円 |
| (フリガナ) | 年 月 日 | | 年 月 日 | 円 |
| | 歳 | | 年 月 日 | 円 |
| (フリガナ) | 年 月 日 | | 年 月 日 | 円 |
| | 歳 | | 年 月 日 | 円 |
| | | | 申請額合計 | 円 |

口座振替依頼書

町民PCR検査等助成金を次の口座に振り込んでください。

| | | | | |
|-------|----------------------|------|--|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 金庫 信金 農協 | | | 本店 支店 出張所 |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | |
| フリガナ | | | | |
| 口座名義人 | | | | |

※申請者名義の口座を記載してください。

※振込先口座確認のため、通帳の写し（表紙見開き1枚目）を添付してください。

(連絡先 福祉医療課)