

別記様式第1号の2（第5条関係）

町民PCR検査等助成金交付申請書(事業所分)

年 月 日

倶知安町長 様

申請者 氏

住 所 .....

事業所名 .....

代表者

職 氏 名 .....

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書兼委任状を添付します。

1 検査対象者内訳

・別表のとおり

2 助成金交付申請額

受検者総数	名	総検査費用	円
交付申請額			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	.....					

※事業所等の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）

## 別表(検査対象者内訳)

No.	検査を受けた人の氏名	生年月日	検査日	申請額
1	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
2	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
3	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
4	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
5	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
6	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
7	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
8	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
9	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
10	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
11	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
12	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
13	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
14	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
15	(フリガナ)	年 月 日	年 月 日	円
計	人数 名			円

※内訳合計人数と「2 助成金交付申請額」の総検査費用は一致すること。

※行が足りない場合は、本別表を追加して添付すること。

※本別表に記載されている内容が、網羅されている場合は、これに限らないものとする。