

三条市新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査費用助成金
 交付申請書兼実績報告書(高齢者等申請用)

(宛先) 三条市長

年 月 日

申請者 住所

氏名 (印)

電話番号

対象者との続柄()

三条市新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査費用助成金の交付を受けたいので、申請及び実績の報告をします。

検査結果が陽性である場合は、検査機関が市へ報告することに同意します。

対象者	住所 申請者と異なる場合のみ記入	〒 三条市		
	氏名 申請者と異なる場合のみ記入	性別	男 ・ 女	
	電話番号 申請者と異なる場合のみ記入	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
介護保険施設等の利用 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> ① 新たに介護保険施設に入所します。 <input type="checkbox"/> ② 新たに認知症対応型共同生活介護を利用します。 <input type="checkbox"/> ③ 在宅において介護保険サービスを利用します。 <u>感染のおそれがある事由(上記③に☑をした場合のみ)</u> <input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった。 <input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった者と接触する機会があった。 <input type="checkbox"/> その他感染のおそれがある事由()			
基礎疾患 (該当するものに☑)	<u>65歳以上である場合又は上記①～③に☑した場合は記入しない。</u> <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧又は心血管疾患を有する。 <input type="checkbox"/> その他の基礎疾患()を有する。			
検査機関 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 県央研究所(燕市小高6014番地) <input type="checkbox"/> その他(検査機関名) (検査機関所在地)			
検査費用(自己負担額)	円			
交付申請額	要綱第4条の規定により算出される金額			
検査実施日	令和 年 月 日			
振込先口座	銀行・信金・信組・農協		支店・本店	
	金融機関コード		支店コード	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記号		番号
		1	0	
口座名義	(フリガナ)			
口座振込に係る委任欄	申請者(委任者)は、助成金の受領について、代理者に委任します。			
	申請者(委任者) 氏名 (印)		振込口座名義人(代理者) 氏名	

添付資料 PCR検査に係る領収書の写し