

南相木村 PCR 検査費用等補助金申請書兼請求書

南相木村長 様

申請者 住所

氏名

印

下記のとおり、南相木村 PCR 検査費用等補助金を交付してください。
 なお、申請内容について、住民基本台帳等によって確認することに同意します。

1 検査費用			円
2 補助金申請額			円 (上記金額の 2/3 (千円未満切捨て)、上限 22,000 円)
3 受診者氏名			
4 受診者生年月日	年	月	日
5 受診者現住所 (現在お住まいの住所)			
6 受診者連絡先 (電話番号)	(日中に連絡が可能な携帯電話等の電話番号)		
7 検査日及び帰省・帰宅日	検査日 年 月 日	帰省・帰宅日 年 月 日	
8 帰省先住所 または滞在先住所			
9 振込先口座 (原則申請者本人名義)	金融機関・支店名		
	1 銀行	4 信金	支店
	2 農協	5 その他	支所
	3 信組		
口座種類	普通 ・ 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

※必ず PCR 検査等を受診したことがわかる領収書等を添付してください。