

様式第1号（第6条関係）

小平町 PCR 検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

小平町長 様

申請者（保護者等） 住所 _____
氏名 _____ ⑩
電話番号 _____

PCR検査費用について助成を受けたいので、小平町PCR検査費用助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、助成金交付申請の事務処理に必要な場合は、住民基本台帳を確認することに同意します。

検査受検者	現住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日（歳）
	受検日	年	月	日
	受検医療機関名			
	検査費用	円	申請額	円

*** 帰省の場合記入**

帰省先住所	小平町字	帰省先電話番号	
通学している学校名、学年及び所在地	学校名： (学年)	所在地：	

金融機関名	銀行 信用金庫 本店 支店 農協 郵便局 出張所
口座種別	普通・当座 口座番号
口座名義	(フリガナ)
添付書類	<input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し（学生証・免許証・マイナンバーカードなど） <input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書の原本 <input type="checkbox"/> 検査結果のわかる書類

【 注意事項 】

- ・助成額は1回の検査につき22,000円を上限とし、検査費用が上限に満たないときはその額となります。
- ・助成の回数は、1人につき年間2回までとします。
- ・申請（請求）は令和4年3月20日までに行ってください。

様式第2号（第7条関係）

小平町 PCR 検査費用助成金交付決定通知書

小 保 健 号
令和 年 月 日

様

小平町長 関 次 雄

令和 年 月 日付で申請のあった小平町 PCR 検査費用助成金については、下記のとおり決定したので、小平町 PCR 検査費用助成金交付要綱第7条の規定により通知します。

記

交付決定額 円