

小海町新型コロナ検査費用等助成金交付申請(請求)書

申請日 年 月 日

(申請先)小海町長 殿

申請者 住 所:

氏 名 印

電話番号

私は、次のとおり新型コロナ検査費用等助成金の申請(請求)をします。  
 なお、申請内容について、住民基本台帳等により確認することに同意します。

請求金額  
 (①+②) 円

検査内容等

利用者	住 所 :		申請者との続柄	
	氏 名 :			
	生年月日: <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 満 歳			
検査日等	令和 年 月 日	医療機関名等		
申請回数	回目	申請金額	① 円	利用者1人当たり 上限額30,000円まで

利用者	住 所 :		申請者との続柄	
	氏 名 :			
	生年月日: <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 満 歳			
検査日等	令和 年 月 日	医療機関名等		
申請回数	回目	申請金額	② 円	利用者1人当たり 上限額30,000円まで

受取口座記入欄

金融機関名	銀行	支店
	農協	支所
口座名義人	カカ	
口座番号	(普通・当座)	

※添付書類

検査費用等の支払いを証する書類(領収書、レシートなど)の原本