

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:

(町内在住者) 氏 名

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(購入金額)

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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

受取口座記入欄

金融機関名	銀行	支店
	農協	支所
<input type="checkbox"/> 座名義人(カタカナ)		
<input type="checkbox"/> 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

※注意事項: 保険適用されている検査費用は助成対象となりません。