様式第１号（第６条関係）

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付申請書（事業者用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）三鷹市長

申請者

（所在地）

（施設名等）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　㊞

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金について、三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付要綱第２条に規定する事由に該当するので、同要綱第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添付の上、申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査を受けた医療機関等の名称 |  | |
| 助成金申請額 | 円 | ※助成金額は、ＰＣＲ検査20,000円、抗原定量検査7,500円が上限となります。なお、上限に満たない場合は、自己負担額が助成金額となります。 |

【添付書類】

　□　１　医療機関等が発行する領収書

　　　　　※ 受検者の氏名、検査年月日、領収金額、領収年月日及び医療機関名並びにＰＣＲ検査又は抗原定量検査であることが確認できるもの

　□　２　請求書兼支払金口座振替依頼書

　□　３　申請書別表

【連絡先】

　住所：

　担当者：

　電話番号：

申請書別表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ①受検者氏名 | ②検査年月日 | ③受けた検査 | ④検査費用 | ⑤申請額 |
| １ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ２ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ３ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ４ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ５ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ６ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ７ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ８ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ９ |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 10 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 11 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 12 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 13 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 14 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 15 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 16 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 17 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 18 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 19 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 20 |  | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 計 | 人数　　　　　名 | ― | ― | 円 | 円 |

▼記入について

(1) 「③受けた検査」欄には、「ＰＣＲ検査」又は「抗原定量検査」を記入してください。

(2) 「④検査費用」欄には、実際に支払った費用を記入してください。

(3) 「⑤申請額」欄には、上限額を踏まえた申請額を記入してください。

様式第２号（第６条関係）

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付申請書（個人用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）三鷹市長

申請者

（住　　所）〒

（　 ）

（電話番号）

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金について、三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付要綱第２条に規定する事由に該当するので、同要綱第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添付の上、申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受けた検査 | * ＰＣＲ検査　　　　□ 抗原定量検査 | |
| 検査を受けた日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 検査を受けた医療機関等の名称 |  | |
| 助成金申請額 | 円 | ※助成金額は、ＰＣＲ検査20,000円、抗原定量検査7,500円が上限となります。なお、上限に満たない場合は、自己負担額が助成金額となります。 |

|  |  |
| --- | --- |
| * 施設又は事業所記入欄 | 上記の申請者が、当施設の（ 職員 ・ 利用者 ・ 利用予定者 ）であって、三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付要綱第２条に規定する助成対象者に該当することを証明します。  　　　　　年　　　　月　　　日  　所在地    施設名等  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  担当者氏名　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

【添付書類】

　□　１　医療機関等が発行する領収書

　　　　　※ 受検者の氏名、検査年月日、領収金額、領収年月日及び医療機関名並びにＰＣＲ検査又は抗原定量検査であることが確認できるもの

　□　２　請求書兼支払金口座振替依頼書

様式第３号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

住　所

氏　名

三鷹市長　　氏　　名　　　印

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付決定通知書

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金については、三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり交付を決定したので通知します。

記

１　交付決定額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　その他

　　　三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付要綱に定めた事項に違反したことが判明した場合は、同要綱第９条の規定により助成金の返還を求めます。

様式第４号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

住　所

氏　名

三鷹市長　　氏　　名　　　印

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金不交付決定通知書

三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金については、三鷹市高齢者施設入所者等ＰＣＲ検査等経費助成金交付要綱第７条の規定により、下記の理由により不交付と決定したので通知します。

記

１　不交付理由