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（受検者用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　□ 抗原定量検査又は抗原定性検査
 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　 |

【確認事項】

　□　　　申請する助成対象経費について、要綱第２条に定める他の補助制度による補助を受けていないことを証明します。

【添付書類】

　□　１　医療機関等が発行する領収書等

　　　　　※ 受検者の氏名、検査年月日、支払金額、支払年月日及び医療機関名並びにＰＣＲ検査、抗原定量検査又は抗原定性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