様式第１号（第６条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年11～令和４年３月版

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（事業所用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |
| --- | --- |
| 提供するサービスの種別 |  |
| 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、抗原定量検査及び抗原定性検査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。 |

【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。また、職員等が費用を立て替えた場合は、最終的に事業所が費用負担した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（受検回数） | ②受検者の種別 | ③検査年月日 | ④受けた検査 | ⑤検査費用 | ⑥申請額 |
| １ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ２ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ３ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ４ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ５ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ６ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ７ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ８ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| ９ | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 10 | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 11 | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 12 | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 13 | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 14 | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 15 | （　回目） | 職員・利用者利用予定者 | 令和　年　月　日 |  | 円 | 円 |
| 計 | 人数　　　　　　　　　　　名 |  | ― | ― | 円 | 円 |

▼記入について

(1) 「④受けた検査」欄には、「ＰＣＲ検査」、「抗原定量検査」又は「抗原定性検査」を記入してください。

(2) 「⑤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) 「⑥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。