

三鷹市幼稚園・保育施設等における  
PCR検査経費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 三鷹市長

申請者氏名 ㊟

利用施設において、新型コロナウイルス感染症への感染が発生し、PCR検査を自費で受けたため、関係書類を添付のうえ、標記助成金を申請します。

■申請内容

受検者	PCR検査を受けた医療機関の名称								
	検査を受けた日	令和 年 月 日	助成金申請額					円	
	受検者氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成					年 月 日
	施設種別	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> 地域型保育施設 <input type="checkbox"/> 認証保育所 <input type="checkbox"/> 企業主導型保育施設							
	在籍施設名								
申請者 (職員または保護者)	住所	三鷹市							
	申請者氏名	フリガナ	電話番号						
	振込先口座 (申請者の口座)	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	金融機関 コード					(依頼印)
		支店名	支店・出張所 本店・本店営業部	支店 コード					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
口座名義(か)									

←申請者印と同じ印(認印可)

【確認事項】  申請する助成対象経費について、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】  医療機関が発行する領収書等(原本)

<市記載欄>

- 感染発生日                    令和 年 月 日
- PCR検査受診期限            令和 年 月 日 (感染発生から2週間)
- PCR検査費用                    \_\_\_\_\_ 円
- 助成決定額                      \_\_\_\_\_ 円 (上限20,000円)

收受印

検査	印鑑照合
----	------