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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | □ 平成□ 令和　　 年　　月　 　日 |
| 施設種別 | □ 幼稚園　　　　　□ 認定こども園 　□ 認可保育所□ 地域型保育施設　□ 認証保育所　　 □ 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 | □ 普通　　□ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義(ｶﾅ) |  |

　 ■申請内容

↓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

収受印

　　□ 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）

|  |  |
| --- | --- |
| 検査　　　　・　　　　・ | 印鑑照合 |