

記入例

新発田市PCR等検査費用助成金支給申請書

年 月 日

新発田市長 宛

〒 [ ]  
 申請者住所 **新発田市中央町〇〇**  
 申請者名 **新発田 太郎** 印  
 電話番号 **090-22-3101**

④押し忘れの確認

原則、受検者を申請者としてください。

新発田市PCR等検査費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。  
 PCR等検査に係る費用を請求するにあたり、審査に必要な事項(住民基本台帳、医療機関の支払内訳内容等)について、関係部署及び医療機関等に確認することを同意します。

検査種別 (該当する検査に○をつけてください)	PCR検査		支給申請額	20,000 円
	抗原定量検査			
生年月日	年齢	検査実施日	受検医療機関名	検査費用
S.29.1.1	66	R.2.11.16	●●医院	25,000
振込指定金融機関	新発田		銀行・信金 労金・信組 農協・漁協 ゆうちょ銀行	本店 新発田 支店
口座種別	普通・当座		口座番号	3333333
フリガナ	シバタ タロウ			
口座名義人	新発田 太郎			
委任の場合のみ記入 (口座名義人が申請者以外の場合)	PCR等検査費用の助成を受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。			
	申請者氏名:			印

申請者と口座名義人が異なる場合は記入をお願いします。

注1 ①PCR等検査費用助成金申請書(申請書)または糖尿病インスリン治療中であることがわかる書類(お薬手帳、処方されたことがわかるもの)の写しを添付してください。

注2 窓口においでの場合は、印鑑と口座番号がわかるものをご持参ください。