

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

申請者名

印

電話番号

<p>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。</p>				
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	_____ 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
振込指定金融機関			銀行・信金 労金・信組 農協・漁協 ゆうちょ銀行	本店 支店
口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
フリガナ				
口座名義人				
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

注1 ①PCR等検査の領収書、②障害者手帳または糖尿病インスリン治療中であることが分かる書類(お薬手帳、処方箋等検査日から過去3か月間の間に投薬したことが分かるもの)の写しを添付してください。

注2 窓口においでの場合は、印鑑と口座番号が分かるものをご持参ください。