

新型コロナウイルス検査費用助成金申請書兼請求書（高齢者・基礎疾患者用）

朝日村長

住所
申請者 _____
氏名 _____ (印)

下記のとおり、朝日村PCR検査等費用補助金を交付してください。
なお、申請内容について、住民基本台帳等によって確認することに同意します。

補助金申請額 _____ 円

受診者氏名			
受診者生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
受診者現住所 (現在お住まいの住所)			
受診者連絡先 (電話番号)	(日中に連絡可能な携帯電話等の電話番号)		
検査日	検査日		
	令和	年	月 日
検査種別	PCR検査・抗原検査	結果	陰性・陽性
基礎疾患名（診断名）			
振込先口座 (申請者名義) ※申請者と異なる場合は委任状提出	金融機関・支店名	1 銀行 4 信金 2 農協 5 その他 3 信組	口座種別 支店 普通・当座 支所
	口座番号	口座名義（フリガナ）	

※必ずPCR検査等を受診したことがわかる領収書（原本）等を添付してください。

※基礎疾患がある場合は、お薬手帳のコピーを添付してください。