

七飯町高齢者、障がい者および子育て支援施設職員等任意検査費用助成申請書

令和 年 月 日

七飯町長 様

申請者
(施設代表者)

住所

代表者

印

電話番号

七飯町高齢者、障がい者および子育て支援施設職員等任意検査費用助成事業実施要綱に基づき、助成を受けたいので申請します。

検査を受けた職員等の氏名	生年月日	検査機関名	検査日	検査種類	検査費用
	昭和・平成 年 月 日		/	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> その他()	円
	昭和・平成 年 月 日		/	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> その他()	円
	昭和・平成 年 月 日		/	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> その他()	円
	昭和・平成 年 月 日		/	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> その他()	円
	昭和・平成 年 月 日		/	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> その他()	円

交付決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()			本店 支店 出張所 ()			
	種別	普通・当座	口座番号				
(フリガナ) 口座名義人							

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。

〈注意事項〉

申請時には、検査費用の領収書(検査機関名、検査日、受検者の氏名が記載されたもの)の原本が必要となります。

以下の欄は福祉課で使用しますので、何も記載しないでください。

処理欄	決定年月日： 年 月 日
	支給決定額： 円