

様式第1号（第5条関係）

幸手市新型コロナウイルス感染症検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）幸手市長

申請者 住 所
氏 名
（助成対象者との続柄 ）
電話番号

幸手市新型コロナウイルス感染症検査費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

なお、審査に際して確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳の確認及び医療機関等に必要な事項を問い合わせることに同意します。

助成対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
		※申請者と同一の場合は、記載不要です。		
	住 所	幸手市		
	※申請者と同一の場合は、記載不要です。			
	電話番号	※申請者と同一の場合は、記載不要です。		
申 請 額	円 ※上限1,780円			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> PCR検査等に係る領収書の原本			
	<input type="checkbox"/> 診療明細書等診療内容を証明する書類			
	<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類			
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店
	ふりがな		預金種目	普通・当座
	口座名義人		口座番号

備考 助成金の交付の申請は、検査実施日の属する年度内に行うこと。ただし、当該年度の2月1日から3月31日に受けた検査は翌年度の5月31日までに行うものとする。