

加茂市実習生 PCR 検査費用助成金申請書

令和 年 月 日

加茂市長 藤 田 明 美 様

申請者 千
住 所.....
氏 名.....
電話番号.....
対象者との続柄 (.....)

加茂市 PCR 検査費用助成金の交付を受けたいので、申請します。

対象者 (住所・電話番号は申請者と異なる場合に記入)	氏 名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住 所		電話番号	
保護者等	氏 名		住 所	
実 習 施 設				
実 習 期 間		令和 年 月 日 ～ 年 月 日		
検 査 実 施 日		令和 年 月 日		
検 査 費 用 (自己負担額)		円		
交付申請額		要綱の規定により算出される金額		
振 込 口 座	銀行・金庫・組合・農協		支店・本店	
	預 金 種 目	普通・当座	口 座 番 号	
	フリガナ 口 座 名 義			
	委 任			

- 【添付書類】 ①領収書の写し
②振込先の口座番号がわかるもの

※症状があり受診した場合や、保険が適用された検査は対象外です。