

加茂市 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

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	氏 名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	加茂市		
	電話番号			
対象者が複数の場合に記載				
氏 名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
			大正・昭和・平成・令和 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 口座名義人			
	委 任	申請者と口座名義人が異なる場合はご記入ください。		

- 【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。