第１号様式（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　年　　月　　日　（宛先）新居浜市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新居浜市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査等実施事業補助金交付申請書新居浜市高齢者福祉施設等入所者ＰＣＲ検査実施事業補助金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　入所する高齢者福祉施設及び入所する時期 | 施設名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）入所する時期　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| ２　入所者住所 |  |
| ３　入所者氏名 |  |
| ４　自主検査方法及び実施年月日 | ＰＣＲ検査・抗原検査（どちらかを〇で囲む）検査日　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| ５　自主検査に要した費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ６　補助申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ７　添付書類 | □自主検査に係る費用の領収書等の写し□入所契約書等の写し□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ８振込先　金融機関名　 | 　　　　　　　　　　　　　　銀行/信金/農協/信組/その他　　　　　　　　　　　　　　　　支店/出張所/その他 |
| 　　　　　口座種別 |  |
| 　　　　　口座番号 |  |
| 　　　　　口座名義人 | （フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　 |