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　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |