

年 月 日

（宛先）新居浜市長

新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査補助申込書

新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査実施事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申込みます。

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 添付書類	<input type="checkbox"/> 入所契約書等の写し <input type="checkbox"/> その他	
3 自主検査を希望する機関		
4 自主検査希望者	フリガナ 氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	生年月日	年 月 日
5 連絡先 (介護者など)	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	検査希望者との関係	
同意書		
<p>新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査補助を申し込むにあたり、市が自主検査希望者の住民基本台帳に記載された情報について調査及び取得することに同意します。</p>		
自主検査希望者氏名 _____ (署名又は記名押印)		