

第 1 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

（宛先）新居浜市長

申請者

法人住所

法 人 名

代表者職氏名

印

新居浜市高齢者福祉施設等従事者 P C R 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従事者 P C R 検査等実施事業補助金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

1 事業を実施した施設名	
2 自主検査実施年月日	年 月 日
3 検査内容（対象者・検査人数・検査方法等）	
4 検査費用	円
5 補助申請額	円（千円未満切捨て）
6 添付書類	<input type="checkbox"/> 自主検査に係る費用の明細及び支払いが確認できる書類（領収書等の写し） <input type="checkbox"/> 自主検査の理由が確認できる書類（行先・用務等） <input type="checkbox"/> その他（ ）
7 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 ）