

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 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	P C R 検査・抗原検査（どちらかを○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	<input type="checkbox"/> 自主検査に係る費用の領収書等の写し <input type="checkbox"/> 入所契約書等の写し <input type="checkbox"/> 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)