

様式第1号（第5条関係）

利尻富士町新型コロナウイルス感染症検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

利尻富士町長 様

申請者 住 所
商号又は法人名
代表者氏名
連 絡 先

下記のとおり抗原検査キットを購入し、検査対象者に対し検査を行いましたので、利尻富士町新型コロナウイルス感染症検査費用助成事業交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

記

- | | | |
|---|--|------------------|
| 1 | 助成対象となる検体個数 | 検体（ア） |
| 2 | 購入した抗原検査キット金額 | 円（ 検体入り× 箱） |
| 3 | 1検体当たり抗原検査キット単価 | 円（イ）※千円を上回る場合は千円 |
| 4 | 助成対象経費（ア×イ） | 円 |
| 5 | 交付申請兼請求額 | 円（百円以下切捨て） |
| 6 | 振込口座
金融機関名
預金種目
口座番号
口座名義人 | |

※添付書類

- （1）抗原検査実施者名簿（別紙）
- （2）購入した抗原検査キットの領収書の写し
- （3）購入した抗原検査キットの内容がわかるもの（納品書等）
- （4）通帳の写し（表面と通帳を開いた1、2ページ）