

様式第1号（第6条関係）

利尻富士町PCR検査費用助成金交付申請書

年 月 日

利尻富士町長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

本助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

検査実施者氏名													
検査実施日	年 月 日												
対象区分	町民 ・ 準町民												
検査の目的 (右の該当する番号を○で囲んでください)	<p>1 保健所が実施するPCR検査の対象外となり、職場や学校等への感染リスクを軽減するため本人の希望により検査を実施</p> <p>2 感染者確認地域との往来のため、離島前5日から帰島後7日までの間に、本人の希望により検査を実施</p> <p>3 職場、福祉施設、学校等で陰性証明の提出を求められ、本人の希望により検査を実施</p>												
目的地及び滞在日 ※上記2の場合	目的地： _____ 滞在日 年 月 日 ~ 年 月 日												
振込先	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>銀行 信用金庫 漁協</td> <td>支店</td> </tr> <tr> <td>口座種別</td> <td colspan="2">口座番号</td> </tr> <tr> <td>普通・当座</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		銀行 信用金庫 漁協	支店	口座種別	口座番号		普通・当座			口座名義人		
	銀行 信用金庫 漁協	支店											
口座種別	口座番号												
普通・当座													
口座名義人													
助成額	10,000円												
助成回数	当該年度中 _____回目 (同一年度3回を限度とします)												