

様式第1号（第4条関係）

八幡浜市高齢者福祉施設等における
新型コロナウイルス感染症検査費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

八幡浜市長 様

法人住所

法人名

代表者職氏名

八幡浜市高齢者福祉施設等における新型コロナウイルス感染症検査費用補助金の交付を受けたいので、八幡浜市高齢者福祉施設等における新型コロナウイルス感染症検査費用補助事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求をします。

記

1 交付申請（請求）額 _____ 円

2 添付書類

(1) 実績報告書（別紙）

(2) 補助金交付申請額の根拠となる資料

【指定口座】

金融機関名	銀行・農協 組合・信組 ()	本店・支店 本所・支所 ()
預金種別	普通（総合） ・ 当座	
口座番号		
口座名義人	(フリガナ)	

別紙

実績報告書

法人名			
施設・事業所名	<input type="checkbox"/> 高齢者施設・事業所 <input type="checkbox"/> 障がい福祉施設・事業所 (名称)		
検査日	年 月 日		
検査内容	検査種別	<input type="checkbox"/> PCR検査	<input type="checkbox"/> 抗原検査
	検査費用 (1件あたり)	円	円
	検査数	件	件
	検査費用総額	円	円
補助金内訳	補助額 (1件あたり)	円	円
	検査数	件	件
	補助金総額	円	円

(注意事項)

- ① 施設・事業所ごと、検査日ごとに作成すること。
- ② 「補助額（1件あたり）」欄には、「検査費用（1件あたり）」と補助限度額（PCR検査20,000円、抗原検査7,500円）を比較していずれか少ない額を記入すること。