

# 検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

雄武町長 石井友藏 様

1 助成金交付申請者（保護者等） ※記名押印に代えて署名することができます。

(フリガナ) 氏名	生年月日	住所
Ⓜ	大・昭・平・令 年 月 日	
	日中に連絡可能な電話	( )

裏面の誓約・同意事項を確認の上、検査費助成金の交付を申請します。

2 被検査者

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	続柄	検査項目	助成対象検査費(上段) 助成申請額(下段)
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	____円 ____円
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	____円 ____円
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	____円 ____円
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	____円 ____円
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	____円 ____円
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原	____円 ____円

3 助成申請合計額

円	助成限度額 25,000円 (年額/1人)
---	-----------------------

【裏面も確認してください】

#### 4 振込先口座

金融機関名	1.銀行 5.農協 2.信金 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連 ( )	支店名等	本・支店 本・支所 ( )
口座種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

※助成対象者本人又は保護者の口座を記入してください。

帰町の理由（雄武町に住民登録がない方のみ記載）

#### 【誓約・同意事項等】

- (1) 雄武町新型コロナウイルス感染症に関する検査費助成事業の助成要件に該当することを誓約します。
- (2) 雄武町新型コロナウイルス感染症に関する検査費助成事業の助成要件等の審査をするため、町が必要な住民基本台帳の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- (3) 公簿等で確認できない場合は、必要となる関係書類を提出します。
- (4) 助成金の支払い後、雄武町新型コロナウイルス感染症に関する検査費助成事業の助成要件に該当しないことが判明した場合には、検査費助成金を返還します。

**※申請者本人確認書類（コピー）と振込先口座確認書類（コピー）をここに貼り付けてください。**

#### 関係書類

（本人確認書類例）

運転免許証、マイナンバーカード（通知カードは不可）、健康保険証、パスポート、年金手帳 等のいずれか一つ

（支払額確認書類例）

領収書（写しでも可）

（振込先口座確認書類例）

通帳の口座番号及び口座名義人が分かる部分又はキャッシュカードの写し