

様式第4号(第8条関係)

令和 年 月 日

愛南町高齢者施設等新型コロナウイルス感染症検査費用補助金請求書

愛南町長 清水 雅文 様

請求者(PCR検査実施機関)

所在地

名称

代表者氏名

印

愛南町高齢者施設等新型コロナウイルス感染症検査費用補助金の交付の決定を受けた検査対象者のPCR検査を実施したので、愛南町高齢者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要綱第8条の規定により次のとおり請求します。

1 請求金額 円

2 検査対象者

氏名	住所	生年月日	検査日	検査結果

※記入欄が不足するときは、別様に記載した書類を添付すること。

3 振込先

金融機関			銀行 農協		支所 支店
預金 種別	普通 ・ 当座	口座 番号		口座 名義	フリガナ