

様式第4号（第9条関係）

志布志市新型コロナウイルス感染症PCR検査費用助成金償還払申請書兼請求書

年 月 日

志布志市長 下平 晴行 様

志布志市新型コロナウイルス感染症検査費用助成事業実施交付要綱（令和3年志布志市告示第76号）第9条の規定により、関係書類を添えて費用助成について申請及び請求します。

なお、今回のPCR検査等の結果について、志布志市及び管轄保健所へ情報提供することについて同意します。

申請者（請求）者

住 所		生年月日	年 月 日
氏 名	㊟	被接種者との続柄	連絡先

申請者と同じであれば□にレ点を記入してください

フリガナ 接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年 月日	年 月 日（年齢）
接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 電話番号	
治療中の病気 （該当するものに○）	1 高血圧 2 心臓病 3 糖尿病 4 慢性腎臓病 5 慢性閉塞性肺疾患		
検査目的 （該当するものに○）	1 仕事 2 受験・就職 3 冠婚葬祭 4 介護育児等 5 不安 6 その他		
検査種別	PCR検査		
申請金額	円	検査費用	円
検査日	令和 年 月 日		
検査医療機関名			
振 込 口 座	金融機関	銀行 農協 金庫	支店 支所 出張所
	口座種別	1 普通 ・ 2 当座	
	口座番号		
	口座名義		
添付書類	<input type="checkbox"/> PCR検査等の領収証の写し <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し		

子ども医療費の助成支給口座への振込みを希望します。

※市記入欄	助成決定日	年 月 日	助成金額	円
-------	-------	-------	------	---