

様式第 1 号(第 7 条関係)

年 月 日

綾川町長 様

申請者 住所 綾川町
氏名
電話()

綾川町 PCR 検査等助成事業交付申請書兼請求書

綾川町 PCR 検査等助成金を交付されるよう、関係書類を添えて下記のとおり申請し、助成金額を請求します。

受検者名	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	申請者との関係	

検査機関名	
検査日	年 月 日
検査費用	円
助成額	円

振込先	金融機関	銀行 農協 支店					
	預金種目	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						

添付書類

- ・ 検査費用領収書の写し
- ・ 検査を受けたことが確認できる書類の写し（医師の証明書・検査結果通知等）