様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

令和５年度伊予市高齢者福祉施設等入所に係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

伊予市長　様

住所

氏名

生年月日

電話番号

令和５年度伊予市高齢者福祉施設等入所に係る新型コロナウイルス感染症検査費用補助金要綱第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定後は、新型コロナウイルス感染症検査費用補助金を下記の指定口座へ振り込んでください。

記

１　入所予定施設等名

２　施設入所予定日 年　　月　　日

３　検査実施医療機関

４　補助金額 円

５　補助金の振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 銀行　組合  信用金庫 | 本店　支店  支所　出張所 |
| 口座種別 | 普通 | 当座 |
| 口座番号 |  | |
| (フリガナ)  口座名義人 |  | |

６　添付書類

⑴　PCR検査の実施が確認できる証書等

⑵　検査費用の領収書