

様式第1号（その2）（第5条関係）

春日部市介護施設PCR検査費用補助金交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

春日部市介護施設PCR検査費用補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、春日部市介護施設PCR検査費用補助金の交付決定のため、市が検査実施機関等に受検状況の確認等を行うことに同意します。

記

法人名			
法人代表者名			
法人所在地	〒		
事業所名			
担当者部署		電話番号	
担当者名		メールアドレス	
交付申請額	円		

添付書類

- ・別紙（検査の実績一覧）
- ・検査の実績が確認できる書類（検査結果、契約書、納品書、領収書等の写し）
- ・受検者の勤務実績が確認できる書類（職員名簿、勤務実績表、職員証写し等）