

様式第1号（その1）（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。併せて、入所（予定）施設に照会することに同意します。

記

※本人が自筆で署名できず代筆する場合は、必ず下記の同意書も記入してください。

申請者名 (受検者)		生年月日	年 月 日
申請者住所	〒		
電話番号	— — ※平日の日中に連絡を取れる番号を記入してください。		
申請金額	円	検査日	令和4年 月 日

入所(予定)施設		入所(予定)日	令和4年 月 日
入所(予定) 施設住所	〒		

私（代筆者）は、申請書から本申請に係る同意を受けていることに基づき、本申請書を代筆します。

代筆者署名（自書）

添付書類

- ・検査実施機関が発行した領収書（検査日、医療機関名、領収印、金額が記載されていること。）