

下野市新型コロナウイルス感染症の流行下における一定の高齢者等への
検査費用助成金交付申請書兼請求書

| | |
|---|---|
| 令和 年 月 日 | |
| 下野市長 様 | |
| 申請者 住所： 下野市 _____ | |
| 氏名： _____ | |
| 電話： _____ (_____) _____ | |
| フリガナ | 生年月日 |
| 検査を受けた方の氏名 | 年 月 日 (歳) |
| 基礎疾患の有無 (65歳未満の方) 該当するものを ○で囲んでください。 | 慢性閉塞性肺疾患 慢性腎臓病 糖尿病 高血圧 心血管疾患 基礎疾患とは、現在医療機関で治療している方が対象となります。 ※過去に治療していた（現在は受診していない）方は対象外です。 |
| 検査の種別 受けた検査を <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 |
| 検査を受けた日 | 令和 年 月 日 |
| 検査費用 | 円 助成の額 (市記入欄) 円 |
| 検査を受けた医療機関等 | (名称) (所在地) <div style="text-align: center;">都道府県 区市町村</div> |

私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

| | 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義(カタカナ) |
|------|-------|-----|----|------|------------|
| 振込口座 | | | 普通 | | |

- ① 当該検査に係る領収書(原本)を添付してください。
- ② 基礎疾患がある方は、基礎疾患を治療していることが確認できるお薬手帳、身体障害者手帳・診断書等のコピーを申込書裏面に貼り付けてください。