

令和 3年 月 日

新冠町長 鳴海修司様  
(申請者)  
住所  
氏名・事業所名

電話番号

印

新冠町新型コロナウイルスPCR等任意検査補助金交付申請書

新冠町新型コロナウイルスPCR等任意検査補助金交付規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 検査受けた方の氏名 \_\_\_\_\_  
※複数の場合は名簿を提出
- 2 任意PCR等検査機関 \_\_\_\_\_  
※検査内容：遺伝子検査（PCR法・LAMP法・NEAR法等）
- 3 検査を受けた理由（簡素に） \_\_\_\_\_
- 4 検査費用（A） \_\_\_\_\_ 円
- 5 補助金交付申請額（B） ※  $\{(A) \times 2 / 3\}$ （上限2万円） \_\_\_\_\_ 円  
(※1円未満切捨て)

(添付書類)

●検査機関に検査費用全額を支払った場合

- (1) 領収書の写し又は支払証拠書類
- (2) 振込口座（補助金受取用）通帳の写し
- (3) その他町長が必要と認める書類

補助金受取口座

金融機関	支店名	種別	口座番号	口座名義

●検査機関に補助金の受領委任する場合（個人負担のみ支払う場合）

- (1) 様式2号を検査機関（新冠町国保診療所・日高德洲会）に提出が必要です。

※検査は事前予約及び住所が分かる書類の提示が必要。

- 6 申請にあたり次の事項を同意します。（確認後✓マークを記入）
  - 申請書類の内容は全て事実です。虚偽が判明した場合又は補助金の対象者の要件に該当しない状況となった場合は、補助金の返還に応じます。
  - 新冠町から確認又は報告の求めがあった場合は、これに応じます。

様式第2号（第4条関係）

## 代理受領に係るPCR等検査費用支払請求書兼委任状

新冠町長 鳴海 修司 様

補助金交付決定を受けたPCR等任意検査補助金について、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、PCR等任意検査補助金の支払を請求します。

なお、その受領の権限を下記の検査機関に委任します。

P C R 等 検 査 を 受 け た 方 (複数の場合は名簿を提出)	
P C R 等 検 査 費 用 ( 基 準 額 ) A ※陰性証明等の対象とならないものは除く	円
利 用 者 負 担 額 B A × 1 / 3	円
検 査 費 請 求 額 A - B	円

(検査1件の補助金上限は20,000円です)

令和 年 月 日

請求者兼委任者  
(事業所含む)

住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

氏名(代表者) \_\_\_\_\_ 印

(自署する場合以外は押印が必要です)

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、下記口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

受任者 住 所 \_\_\_\_\_  
名 称 \_\_\_\_\_  
(検査機関) 代表者 \_\_\_\_\_ 印

金融機関	支店	種別	口座番号	口座名義

参考（様式第1号添付資料）

検査内容等（1件あたり上限20,000円、遺伝子検査（PCR法・LAMP法・NEAR法等）

従業員住所	従業員氏名	検査機関	検査日	検査費用 ①	補助額 ①×2/3 1円未満切捨
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
			・ ・	円	円
合計	人			円	円

補助金交付申請額合計 \_\_\_\_\_ 円