事業所用（村外居住者の申請用）

下條村医療用抗原定性検査キット購入補助金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

下條村長　　金田　憲治　　様

申請者
住　　所　下條村睦沢・陽皐
事業所名
代表者名　　㊞
連 絡 先

下條村医療用抗原定性検査キット購入補助金交付要綱の規定により、補助金交付申請します。

検査キット購入先及び購入費	購入店舗：
	購入個数：
	購入金額：　　円

＊領収書又はレシートは裏面に貼付してください。
＊なお、医療用検査キットには【体外診断用医薬品】の表示があります。
　この表示がある写真かパッケージを添付してください。
＊村外居住従業員名簿を添付してください（書式は問いません）。
＊必要書類が不備の場合は補助金交付できません。

【振込先口座】

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支 店 名	本店 支店・支所
預金種目	普通　・　当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

※提出・問合せ先　　下條村役場 総務課　（〒399-2101　下條村睦沢 8801 番地 1）
TEL:0260-27-2311　FAX:0260-27-3536

・・・・・・・・・・・・・・以下は役場記入欄につき記入不要です・・・・・・・・・・・・・

申請書受付月日	交付決定の可否	交付決定額
令和　　年　　月　　日	可　・　否	円