

令和 3 年度 下條村出身学生・コロナ禍帰省等支援事業

下條村抗原検査・PCR 検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

下條村長 様

〒

申請者 現住所

(受診者)

検査受診の目的

- ・帰 省
- ・ワクチン接種
- ・受 験
- ・就職活動

氏 名 印

電話番号

実家の世帯主及び住所

世帯主

実家住所

新型コロナウイルス抗原定量・PCR 検査費用助成金について下記のとおり申請及び請求します。

1. 申請額・請求額

検査を受けた医療機関	検査受診日	検査費用	申請額(請求額)

* 申請額の上限は抗原定量検査 8,000 円、PCR 検査 18,000 円となります。

2. 振込先

振込先	振込先金融機関	銀行・信用金庫・農協・信用組合					
		本店・支店・本所・支所					
	口座の種類・番号	普通	・	当座			
	ふりがな						
	口 座 名 義						

* 支払通知書 (要 ・ 不要) * どちらかに○をください

3. 添付書類

- ☐ 抗原検査・PCR 検査費用に係る領収書の原本

* 抗原検査 or PCR 検査費用であることが記載してある領収書および明細書を添付すること

- ☐ 在学を証明する書類(学生証の写し等)

- ☐ 振込口座の預金通帳等の写し(預金通帳の 1 ページ目等)