

様式第1号(第4条関係)

令和 年 月 日

下 條 村 長 様

申請者 住 所:
氏 名(事業所名): 印

電 話 番 号: ()

下條村介護保険事業所等新型コロナウイルス抗原検査助成金

交付申請書兼請求書

上記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

検査を受けた人	検査を受けた機関	検査費用	申請額(請求額)
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円

2. 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 口座番号	普通 ・ 当座							
フリガナ								
口座名義								

3. 添付書類

抗原検査費用に係る領収書の原本