様式第１号（第４条関係）

天龍村新型コロナウイルス感染症抗原検査助成金

交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

天龍村長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　現住所（帰省元）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （受診者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

実家(帰省先)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる家族（親等）

新型コロナウイルス抗原検査助成金について、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 | 帰省日 | 検査受診日 | 検査費用 | 申請額（請求額） |
|  | * ・ | * ・ |  |  |

＊申請額の上限は8,000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 |  | | | | | | | |

３．　添付書類

　□　抗原検査費用に係る領収書の原本

　□　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