

宇都宮市高齢者等新型コロナウイルス感染症検査費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

宇都宮市長 様

令和4年3月31日までの日付を記入してください。

宇都宮市高齢者等新型コロナウイルス感染症検査費助成事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

また、助成金の交付決定後、助成金を次の口座へ振り込むよう請求します。

申請者 (請求者)	氏名	宇都宮 太郎		
	住所	宇都宮市 旭1丁目1番5号		
	生年月日	昭和10年 1月 1日		
	電話番号	028-000-0000		
対象の種類 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者			
	<input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する者 ※65歳以上の方は✓の必要はありません。	あてはまる疾患に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上)		
検査の種類 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> PCR検査		<input type="checkbox"/> 抗原定量検査	
検査を受けた日	令和 3 年 5 月 25 日			
検査費用	20,000円		助成金の額 【市記入欄】	※記入不要
振込先	口座振込	金融機関名	〇〇銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 〇〇支店 支所 出張所
		(フリガナ) 口座名義	ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎	
		口座の種類	普通 当座	口座 番号

検査にかかった費用を記載してください。

令和4年3月31日までに検査を受けたものが対象です。

口座名義が申請者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入してください。

(注意)

- ・ 検査機関が発行した検査の費用に係る領収書（原本）を添付してください。
- ・ 基礎疾患を確認できるもの（医療機関発行の診断書、お薬の説明書（おくすり手帳）、障がい者手帳など）の写しを添付してください。
- ・ 口座名義人が申請者と異なる場合は裏面の委任状欄に必要事項を記載してください。

