

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 type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者			
	<input checked="" 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。	<input checked="" type="checkbox"/> あてはまる疾患に <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上)	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧	してください。
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 1 月 10 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	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 農協	本店 <input type="radio"/> 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	1111111

基礎疾患を有することが確認できるもの（医療機関発行の診断書、障がい者手帳、お薬の説明書（おくすり手帳）の写しを添付してください。

令和4年3月31日までに検査を受けたものが対象です。

検査にかかった費用を記載してください。

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な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な事項を記載してください。

委 任 状

(あて先) 宇 都 宮 市 長

(申請者)

住 所 : 宇都宮市 旭1丁目1番5号

氏 名 : 宇都宮 太郎

宇
都
宮

私は、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の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

住 所 : 宇都宮市 〇〇〇町〇〇〇番地〇

氏 名 : 宇都宮 花子 (続柄: 子)

振込口座の名義人が
受任者になります。

《問合せ先・送付先》

〒320-8540

宇都宮市旭1丁目1番5号

宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 企画グループ

電話 028-632-2903