様式第１号（第６条関係）

利尻富士町ＰＣＲ検査費用助成金交付申請書

年　　月　　日

　利尻富士町長　様

申請者　住　所

　　　　氏　名

　　　　連絡先

　本助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査実施者氏名 |  |
| 検査実施日 | 年　　月　　日 |
| 対象区分 | 町民　・　準町民 |
| 検査の目的  （右の該当する番号を〇で囲んでください） | １　保健所が実施するＰＣＲ検査の対象外となり、職場や学校等  への感染リスクを軽減するため本人の希望により検査を実施  ２　感染者確認地域との往来のため、離島前５日から帰島後７日  までの間に、本人の希望により検査を実施  ３　職場、福祉施設、学校等で陰性証明の提出を求められ、本人  の希望により検査を実施 |
| 目的地及び滞在日  ※上記２の場合 | 目的地：  滞在日　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 振込先 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 銀　　行  　信用金庫  　漁　　協 | | | 支店 | | | | | | 口　座　種　別 | 口　座　番　号 | | | | | | | | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  | | 口座名義人 |  | | | | | | | |
| 助　成　額 | １０，０００円 |
| 助成回数 | 当該年度中　　　　回目　（同一年度３回を限度とします） |