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） |