

様式第1号（第7条関係）

佐々町新型コロナウイルス感染症検査費用助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

佐々町長 様

（申請者）住 所

氏 名 印

佐々町新型コロナウイルス感染症検査費用助成金について、同事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたっては、国、長崎県及び佐々町が求める新型コロナウイルス感染症予防対策の遵守に努めます。

1 申請額： 円（上限 20,000 円）

2 検査に要した費用： 円

3 受検者氏名：

4 受検者住所：

5 受検者生年月日： 年 月 日

6 検査年月日： 年 月 日

7 帰省日（学生のみ）： 年 月 日

8 添付書類

（1）受検したPCR検査等に要した費用を証する領収書等の写し

（2）学生の場合は学生証の写し

※町外に住所を有する方は、下記に勤務先の証明を受けてください。

上記受検者は、検査日現在において本企業（事業所）に勤務していることを証明します。

勤務先所在地

勤務先名称

代表者

印 (連絡先)