

令和 年 月 日

山梨市長 殿

申請者
住 所
氏 名
電話番号

山梨市新型コロナ流行期子どもの入院時付添人PCR等検査費用補助申請書

下記のとおり、入院時付添人PCR等検査費用補助を、別添領収書等を添付し、申請いたします。

【入院した者】

フリガナ		生年	年	月	日
氏名		月日	現在の年齢 () 歳		
現住所	山梨市				
申請者との続柄		入院日数	日間	申請年度内入院回数	回

【付き添いをした者】

検査に要した金額： 円

氏名					
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者の同居の家族 <input type="checkbox"/> その他の者					
検査の種類	PCR検査 ・ 抗原検査定性 ・ 抗原検査定量				

申請した補助金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農業協同組合								店所
		金融機関コード					支店コード			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									
	依頼人氏名 (申請者氏名)									

※補助金の受領者は、申請者以外は認めません。