第１号様式（第７条関係）

㊞

年　　月　　日

（提出先）江戸川区長

（申請者）所 　　在　　 地

事　 業　 所 　名

㊞

代表者　職・氏名

担当者名・電話番号

江戸川区介護事業所等PCR検査等費用助成事業助成金交付申請書

（請求書兼口座振替依頼書）

　江戸川区介護事業所等PCR検査等費用助成事業実施要綱第７条の規定により、助成金の交付を申請します。

　なお交付決定後は、別紙の口座に振り込みをお願いします。

●申　　請 　 額　　　　　　　　　　　　円

ＰＣＲ検査等費用（利用者一人あたり上限3,300円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利用者名****（被保険者番号）** | **利用者情報** | **支払金額****（円）** |
| （　　　　　　　　　） | PCR検査等実施日　 | 　令和3年　　月　　日 |  |
| 利用開始日　（利用期間） | 令和3年　　月　　日～令和3年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　） | PCR検査等実施日　 | 　令和3年　　月　　日 |  |
| 利用開始日　（利用期間） | 令和3年　　月　　日～令和3年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　） | PCR検査等実施日　 | 　令和3年　　月　　日 |  |
| 利用開始日　（利用期間） | 令和3年　　月　　日～令和3年　　月　　日 |
| 合計（申請額） |  |

添付書類：PCR検査等に係る経費の領収書

第１号様式　別紙（第7条関係）

●口座情報（事業者の口座情報をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先金融機関 | 　 | 銀　　行信用金庫信用組合 | 　 | 店支店 |
|
|
| 預金種目を〇で囲む | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ (　　　　) |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義 | 　 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ＊振込口座は申請者（法人又は事業所）名義と一致する必要があります。 |  |  |  |

※添付書類

　　（１）口座情報確認のための通帳の写し

（上記の口座情報が記載されている通帳の該当ページを添付）

【注意事項】

・口座番号が７桁に満たない場合は、頭に「０」をつけて７桁にしてください。

・ゆうちょ銀行の場合は、「記号・番号」ではなく、振込用の「店名・預金種目・口座番号」を記入してください。

・口座名義人にアルファベットが含まれる場合は、フリガナもアルファベットで記入してください。