様式第2号（第7条関係）

身延町新型コロナウイルス感染症検査費用助成券

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 助成金の額 | □ＰＣＲ検査　　　２０，０００円  ※検査費用が２０，０００円に満たない場合は、実費相当額とする。  □抗原定量検査　　　　７，５００円  ※検査費用が７，５００円に満たない場合は、実費相当額とする。  □抗原定量検査（短期入所２回目以降）　　　３，７５０円  　※検査費用が３，７５０円に満たない場合は、実費相当額とする。 |
| 本券有効期限 | 令和４年３月３１日まで |
| 上記の者が新型コロナウイルス検査費用助成事業の対象者であることを認めます。  発行日　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　身延町長 | |
| ◇本券は、交付された本人以外は、利用できません。  ◇本券を御利用いただけるのは、検査日に本町に住所のある方です。  ◇本券は、現金と引換えはできません。 | |

◇検査を受けられる方へ

1　検査を受ける場合は、本券を医療機関に提出してください。

2　検査費用は、医療機関ごとに異なります。検査費用から助成金を差し引いた額を医療機関窓口でお支払いください。

3　本券を提出し、検査を受けた場合、助成金の請求及び受領に係る権限を検査医療機関へ委任したものとみなします。

◇検査実施医療機関様へ

1　本券を提出した助成対象者の検査費用を助成金の範囲内において身延町が負担しますので、貴院の当該検査費用から助成金を差し引いた額を、本券を提出した助成対象者の自己負担額として徴収してください。

2　当該検査に係る請求の際は、新型コロナウイルス感染症検査費用助成金代理受領請求書に本券（下記証明を記入）を添えて提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関・検査年月日 | |
| 医療機関名  検査年月日　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 備　考 |  |