様式第1号（第7条関係）

年　　月　　日

身延町長　　様

申請者　住　所

氏　名

電話番号

新型コロナウイルス感染症検査費用助成券交付申請書

　身延町新型コロナウイルス感染症検査費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査を受ける方  （助成対象者） | 住　　所 | 身延町 | |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 施設記入欄　※以下、施設でご記入ください。 | | | |
| 入所予定高齢者施設等施設名称 | | |  |
| 入所予定日 | | | 年　　　　月　　　　日 |
| 担当者名 | | |  |
| 連絡先 | | |  |
| 施設証明欄 | | | |
| 上記について相違ないことを証明します。  ㊞ | | | |