様式第3号（第7条関係）

年　　月　　日

身延町長　　　　様

医療機関

所　在　地

医療機関名

代表者氏名　　　　　　　　　㊞

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

身延町新型コロナウイルス感染症検査費用助成事業実施要綱第7条第4項の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症検査費用助成券を添えて、次のとおり請求します。

1　請求金額　金　　　　　　　　　円　（　　年　　月分）

2　内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査種別 | 助成金額（注） | 請求者数 | 請求額 |
| □ＰＣＲ検査□抗原定量検査どちらかにㇾ点してください。 | 円 | 人 | 円 |

（注）助成金の上限は、PCR検査の場合20,000円、抗原定量検査7,500円です。ただし、短期入所2回目以降の抗原定量検査は3,750円です。

貴院の検査費用が上限額に満たない場合は、当該検査費用が助成金額となります。

3　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本・支店名 |  |
| 口座種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |

4　添付書類

新型コロナウイルス感染症検査費用助成券

【検　収】（町職員記入）

　上記のことについて、相違ないことを確認しました。

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　職氏名