

中川村新型コロナウイルス抗原検査等補助金交付申請書兼請求書

中川村長 宮下健彦 様

申請者 住所：_____

※（帰省者で村外住所者は帰省先住所）

（帰省先住所：中川村 大草・片桐・葛島 _____）

氏名 _____ 印

※自署の場合は押印不要

連絡先（電話番号） _____

新型コロナウイルスに係る抗原検査等を実施しましたので、中川村新型コロナウイルス抗原検査等補助金の交付を下記のとおり申請します。

記

- 検査の種類 抗原検査 ・ PCR 検査
- 該当者区分 【18歳以上24歳以下の者で中川村へ帰省を希望する者】
 【村内の診療所、柔道整復師が施術する場所、薬局及び介護サービス等を実施する村内の法人等に勤務する者】
 【中川村に住所を有する者又は、村内に勤務する者】
- 補助金の申請額 金 _____ 円 （100円未満切り捨て）
※抗原検査の場合
①学生等及び村内医療機関、薬局、介護サービス事業所等に勤務する者
8,000円以内（検査費用の範囲）
②村内に住所を有する者及び村内勤務者6,000円以内（検査費用の範囲）
※PCR検査の場合は、検査費用の2分の1以内（上限16,000円）
- 添付書類
検査費用の領収書（原本）、事業所就労証明書（村内在勤者のみ）
- 補助金の振込先

金融機関名		支店名	
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	
名義人（フリガナ）			
（代理人が受給を行う場合：申請者と振込先口座名義が異なる場合） 代理人氏名： _____ 申請者との関係： _____ 代理人住所： _____ （委任状）上記の者を代理人と認め、補助金の交付を委任します。 申請者氏名： _____ ㊟			

6 その他

村外居住者で、中川村内の事業所等に勤務する者は、別紙の事業所就労証明書を添付してください。