

千代田区PCR検査助成金交付申請書兼口座振替依頼書

● 本申請書は検査受検日から1カ月以内に提出してください。

令和3年4月15日

PCR検査にかかる助成金の交付について、千代田区PCR検査助成実施要綱第9条の規定により、下記のとおり申請します。なお、決定した助成額は、下記の口座へ振込を依頼します。

記

1. 申請者（検査を受けた者）

申請者 (検査を受けた者)	フリガナ	千ヨダ サクラ		
	氏名	千代田 さくら		
	生年月日	平成18年4月1日	電話番号	090 - XXXX - XXXX
	住所	千代田区 九段南1丁目2番1号		
検査の実施日	令和3年4月1日	申請の回数 (該当項目に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (前回申請日: 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目 (前回申請日: 月 日)	
検査費用額	33,000			
助成金の申請額	(上限2万円。2万円に満たない場合は検査実費) 20,000			
必要書類 (同封した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収証の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費明細書の原本 <input checked="" type="checkbox"/> 検査を受けた者の本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証等)			
同意する事項 (すべての項目に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 住所等を確認するため、区が住民記録を閲覧する場合があります。 <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の申請後、審査状況により、申請内容等に虚偽等が判明した場合			

● 検査に所要した金額が申請の対象です。陰性証明書の発行料など、検査費用とは別途生じる費用は対象外です。

● 領収証、医療費明細書のいずれかに、「PCR検査費用であること」および「検査の実施日」が明記されていることを確認してください。

● すべての同意事項を確認のうえ、チェックを入れてください。未チェックの事項がある場合、申請をしていただくことができません。

● すべての書類が必要です。書類に不備・不足がある場合、再度提出していただきます。

\* 1 区の記入欄です。記入しないでください。

2. 同居者（65歳以上の者） ※同居者が65歳以上の場合のみ記入してください。  
※同居者本人が記入してください。

同居者 (65歳以上の者)	フリガナ	千ヨダ タロウ		
	氏名	千代田 太郎		
	生年月日	昭和26年4月1日	電話番号	090 - XXXX - XXXX
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者（検査を受けた者）と同じ住所である。		
必要書類 (同封した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居者（65歳以上の者）の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証等）			
同意する事項 (すべての項目に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 上記申請者が自らの同居人として本申請を行うこと。 <input checked="" type="checkbox"/> 住所等を確認するため、区が住民記録を閲覧する場合があります。			

3. 同居者（基礎疾患を有する者） ※同居者が基礎疾患を有する場合のみ記入してください。  
 ※同居者本人が記入してください。

同居者 (基礎疾患を有する者)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	— —
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者（検査を受けた者）と同じ住所である。		
基礎疾患名称	慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、悪性腫瘍（がん）などの基礎疾患を有している。			
	基礎疾患名称（ ）			
必要書類 (同封した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 同居者（基礎疾患を有する者）の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証等） <input type="checkbox"/> 基礎疾患の療養状況がわかる資料の写し（薬手帳等）			
同意する事項 (すべての項目に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 上記申請者が自らの同居人として本申請を行うこと。 <input type="checkbox"/> PCR検査の受検状況や基礎疾患による通院状況を確認するため、検査結果につき、医療機関に情報提供を求める場合があること。 <input type="checkbox"/> 住所等を確認するため、区が住民記録を閲覧する場合があること。			

4. 保護者（※申請者が20歳未満の場合のみ記入してください。）

申請者の保護者	フリガナ	千ヨダ ハナコ		
	氏名	千代田 花子		
	生年月日	昭和 50 年 4 月 1 日	電話番号	090 - XXXX - XXXX
必要書類 (同封した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者の本人確認書類の写し（運転免許証、健康保険証等） <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の通帳の写し（表紙と見開き1ページ目）			
同意する事項 (すべての項目に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> PCR検査の受検状況や基礎疾患による通院状況を確認するため、検査結果につき、医療機関に情報提供を求める場合があること。 <input checked="" type="checkbox"/> 住所等を確認するため、区が住民記録を閲覧する場合があること。 <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の申請後、審査状況により、支給までに時間がかかる場合があること。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請内容等に虚偽等が判明した場合は、助成金の返還に応じること。			

5. 振込先（※申請者が20歳未満の場合は、保護者の振込先を記入してください。）

振込先	金融機関名	ゆうちょ	銀行	〇ーハ	本店	預金種別						
	フリガナ	千ヨダ ハナコ	信用金庫		支店	普通・当座						
	口座名義 (※申請者名義)	千代田 花子	信用組合	口座番号		出張所	0	1	2	3	4	5

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。

【区処理欄】

住民となった日 年 月 日

上記申請について助成額を確認した。

確認日 年 月 日

係長	担当

申請受理印