

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2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(税別)を申請) 20,000 | | | |
| 必要書類 | <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 type="checkbox"/> 本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証等)の写し(紙と見開き1ページ) | | | |
| 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かかっているかどうか、医療機関に情報提供を求めるときは、医療機関に同意する。 <input checked="" type="checkbox"/> 住所等を確認するため、区が住民記録簿を閲覧する。 <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は、助成金の返還に応じる。 | | | |

● 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。

● 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。

* 1 区の記入欄です。記入しないでください。

2. 同居者（濃厚接触者※） ※千代田保健所から濃厚接触者として指定された者

| | | | | |
|----------------------------|---|---|------|-------------------|
| 濃厚接触者 | フリガナ | 千ヨダ タロウ | | |
| | 氏名 | 千代田 太郎 | | |
| | 生年月日 | 昭和50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。 | | |
| 健康観察期間 | 令和3年4月1日 ~ 令和3年4月15日 | | | |
| 必要書類 (同封した書類に☑をつけてください) | <input checked="" type="checkbox"/> 濃厚接触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 (濃厚接触者本人が記入してください) | 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触に関する情報を、区担当部署に照会すること、及び必要に応じて申請者（申請者が20歳未満の場合は、申請者の保護者）に開示することを承諾します。 令和 3 年 4 月 15 日 氏名 千代田 太郎 印 |
|------------------------------|--|

3. 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 51 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。 | | | | | |

4. 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 信用金庫 信用組合 | 〇-八 | 本店 支店 出張所 | 預金種別 普通 ・ 当座 | | | | | | |
| | フリガナ | 千ヨダ ハナコ | | | 口座番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 口座名義 (※申請者名義) | 千代田 花子 | | | | | | | | | | |

※ 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 |
| |