

愛南町新型コロナウイルス感染症検査費用補助金交付申請書  
(高齢者施設等職員)

愛南町長 清水 雅文 様

申請者(検査対象者を雇用する法人等)

事業所名

所在地

代表者氏名 印

電話番号

次のとおり職員のPCR検査を実施したので、愛南町高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症検査費用補助金交付要綱第6条第2項の規定により補助金を申請します。

1 補助金申請額 円

2 検査対象者

氏名	住所	生年月日	検査(予定)日	受検の理由

3 検査機関(いずれかにをつけてください。)

町が指定する検査機関(検査機関名： )

申請者の事業所(一人当たりの検査費用： 円)

4 同意事項

次の事項について、検査対象者から同意を得ています。

- (1) 町の担当部署において検査対象者の住民記録情報を確認すること。
- (2) 補助金の請求及び受領の手続を申請者に委託すること。
- (3) 必要があると町が認めるときは、PCR検査の結果を官公庁、医療機関その他関係機関に提供すること。

5 添付書類

申請者の事業所においてPCR検査を行う場合は、検査の内容及び費用の根拠が分かる書類の写しを添付すること。