

様式第 1 号（第 7 条関係）

新見市新型コロナウイルス感染症 P C R 検査費用助成金交付申請書

年 月 日

新見市長 様

申請者 住所
氏名 (押印不要)
電話

新見市新型コロナウイルス感染症 P C R 検査費用助成金交付要綱第 7 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請します。

記

P C R 検査日	年 月 日
検査医療機関	医療機関名： 所在地：
検査に要した経費	円
申請金額	円
申請回数	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 4 回目
添付書類	・ P C R 検査に係る領収書の写し ・ その他市長が必要と認める書類