様式第1号

川口市高齢者施設従事者に対するＰＣＲ検査実施事業費助成金

交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（あて先）川口市長

　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

川口市高齢者施設従事者に対するＰＣＲ検査実施事業費助成金の交付を受けたいので、川口市高齢者施設従事者に対するＰＣＲ検査実施事業費助成金交付要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 |  | 事業所番号 |  |
| 施設名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 助成金交付申請額 | 円 | | |
| 添 付 書 類 | 1. ＰＣＲ検査実施事業費助成金実績内訳（別紙） 2. 受検したＰＣＲ検査に要した費用を証する領収書等の原本   ※　ＰＣＲ検査を受検した旨の記載、検査機関名、日付、受検者名、  金額が証明できる書類を添付してください。 | | |