様式第１号

川口市高齢者施設等従事者に対する抗原検査頻回実施事業費助成金

交付申請書

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金交付  申請額 | 円 | |
| 施設(事業所)  情報 ※１ | 施設(事業所)名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別 | （他　　　サービス） |
| 実施期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| 備考 | 実施計画は、電子申請にて提出　※２ | |

※１　施設または事業所ごとに申請書を提出すること。

ただし、同一敷地内にて複数サービスを一体的に運営している場合は、この限りではない。この場合は、代表的な施設（事業所）名等を入力すること。

※２　当該申請書の記載項目と電子申請にて提出した実施計画の内容は、一致させること。