第１号様式（第６条関係）

年　月　日

武蔵野市長　殿

法人の所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

武蔵野市高齢者施設及び障害者施設における

ＰＣＲ検査等費用助成金交付申請書兼請求書

武蔵野市高齢者施設及び障害者施設におけるＰＣＲ検査等費用助成事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額（千円未満切り捨て） | 　　　　　　　　　　　　　　　　,000円 |
| 事業所名 |  |
| 対象サービス |  |
| 検査を実施した期間 | 　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで |
| ＰＣＲ検査等を実施した人数、回数及び陽性者の人数 | 入所者（利用者）　　人、累計　　回、うち陽性者　　人職員等　　人、累計　　回、うち陽性者　　人 |
| 検査方法（複数回答）該当するものに○ | 入所者（利用者） | ＰＣＲ検査（鼻咽頭）　・　ＰＣＲ検査（唾液）抗原定量検査（鼻咽頭）・　抗原定量検査（唾液）抗原定性検査（鼻咽頭）・　抗原定性検査（唾液） |
| 職員等 | ＰＣＲ検査（鼻咽頭）　・　ＰＣＲ検査（唾液）抗原定量検査（鼻咽頭）・　抗原定量検査（唾液）抗原定性検査（鼻咽頭）・　抗原定性検査（唾液） |
| 当該申請に関する担当者 | 所属・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

以下の事項について相違ありません。（□へチェック）

・この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の地方公共団体等からの補助金を受けていない。

・入所者（利用者）及び職員一人当たり20,000円を上限に申請する。

添付書類

　(1)　検査費用の領収書

　(2)　口座振込依頼書