

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  
(高齢者施設等利用者)

愛南町長 清水 雅文 様

申請者	住所	愛南町	電話番号	
	氏名	Ⓜ	検査対象者との続柄	

次のとおり PCR 検査を受けるので、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1項の規定により申請します。

補助金申請額	円		
検査対象者	氏名		
	住所	愛南町	
	生年月日	年	月 日(年齢: 歳)
検査対象者の区分	<input type="checkbox"/> 高齢者施設への新規入所者 <input type="checkbox"/> 高齢者利用施設の利用者 ※65歳未満の方は、該当する基礎疾患に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> その他( )		
検査(予定)日	年	月	日
検査機関	<input type="checkbox"/> 町が指定する検査機関(検査機関名: ) <input type="checkbox"/> 下記の高齢者施設等 ※高齢者施設等で検査する場合は、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。		
添付書類	以下の書類の写しを添付してください。 (1) 検査対象者の本人確認ができるもの(健康保険証、介護保険証等) (2) 基礎疾患を確認できるもの(※65歳未満の場合のみ)		
同意事項	以下の事項について同意します。 (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権限を下記の高齢者施設等又は町が指定する検査機関に委任すること。 (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。		

※次の項目は、高齢者施設等が記入してください。

高齢者施設等	施設名	
	所在地	
	代表者氏名	
	検査対象者の入所(利用)予定日	年 月 日