第４号様式（第10条関係）

　　　南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査費用助成金請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

南さつま市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　受診者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　印

生年月日

電話番号

南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査費用助成金を下記のとおり請求

します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | | 円 | ※Ａ×0.8（上限20,000円） |
| ＰＣＲ検査に  要する費用 | | 円（Ａ） | |
| 検査日 | | 令和　　　年　　月　　日 | |
| 検査医療機関名 | |  | |
| 振  込  口  座 | 金融機関 | 銀行  農協  金庫 | 支店  　　　　　支所  　　　　　出張所 |
| 口座種別 | １　普通　・　２　当座 | |
| 口座番号 |  | |
| 口座名義 |  | |
| 添付書類 | | □　ＰＣＲ検査を受けたことが分かる領収証  ※領収証は明細がわかるものに限りますが、そうでない場合は領収明細のわかるものも添付すること。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※市記入欄 | 支給決定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 決定助成金額 | 円 |

同　意　書

南さつま市から新型コロナウイルス感染症のＰＣＲ検査費用の助成を受けるに当たり、下記の内容について同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| □ | 濃厚接触者の検査が優先されることから、検査件数が多い場合には、結果判明まで数日かかることを理解しました。 |
|
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陽性であった場合、加世田保健所の指示に従います。 |
|
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陰性であった場合でも、当該検査結果が感染していないことの証明ではないことを理解しました。 |
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陰性であった場合でも、引き続きマスクの着用、毎日の健康チェック等、新しい生活様式の実践に努めます。 |
|
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陽性、陰性にかかわらず、検査に要する費用のうち自己負担額を支払います。 |
|

令和　　年　　月　　日

南さつま市長　　　　　様

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　(自署できない場合)

受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　続柄　（　　　　　　）

（受診者が18歳未満の場合は、以下に保護者が署名すること。）

保護者氏名