第２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検査受診料請求書

令和　　　年　　月　　日

南さつま市長　　　　　　様

所　在　地

医療機関名

代　表　者　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　　令和　　年　　月分の南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査受診料を下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | | 円 | ※Ｂ×Ｃ | |
| １人当たりの  ＰＣＲ検査に要する費用 | | 円（Ａ） | | |
| 1人当たりの  助成金の額 | | 円（Ｂ） | | ※A×0.8(上限20,000円) |
| 検査件数 | | 件（Ｃ） | | ※＝受診券枚数 |
| 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 | | 南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査受診料請求内訳  南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査受診券 | | |