

検査費補助金交付申請書

年 月 日

滝上町長 様

1. 補助金交付申請者（保護者等）

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	住 所
⑩	年 月 日	
	日中に連絡可能な電話	()

滝上町新型コロナウイルス感染症に関する検査費補助事業実施要綱第6条の規定により、下段の【誓約・同意事項等】を確認の上、検査費補助金の交付を申請します。

2. 被検査者（補助対象者）

(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	住 所 地	補助対象検査費(上段) 補助申請額(下段)
	男・女	年 月 日		町内・町外	円 円
	男・女	年 月 日		町内・町外	円 円
	男・女	年 月 日		町内・町外	円 円
	男・女	年 月 日		町内・町外	円 円

3. 補助申請合計額 円

4. 振込先口座（補助金交付申請者の口座）

金融機関名				支店名等				
口座種別	普通・当座	口座番号						
(フリガナ)								
口座名義人								

5. 添付書類 検査の領収書（写しでも可）・通帳の写し

【誓約・同意事項】

- (1) 滝上町新型コロナウイルス感染症に関する検査費補助事業（以下、「当事業」という。）の補助要件に該当することを誓約します。
- (2) 当事業の補助要件等を審査するため、町が必要な住民基本台帳の確認を行うことに同意します。
- (3) 当事業の補助要件等を確認するため、町が検査内容及び結果等について、医療機関へ照会することに同意します。
- (4) 補助金の支払い後、当事業の補助要件に該当しないことが判明した場合は、検査費補助金を返還します。