

様式第1号（第5条関係）

佐渡市長 様

同 意 書

「佐渡市PCR検査費用補助金」の交付を申請するにあたり、下記の内容について同意します。

記

- ①佐渡市PCR検査費用補助金交付要綱の交付対象者、対象経費、補助金額について理解したうえで申請します。なお、補助金の交付を受けたのち、要綱第2条の対象者要件に該当していないと判明した場合は補助金の返還に応じます。
 - ②このたびのPCR検査結果が陽性だった場合は、受検者本人が、居住地を所管する保健所へ必ず報告し、指示を仰ぎます。
 - ③検査結果は検査時点での感染状況に関するものであって、陰性であっても、感染早期のためウイルスが検知されない可能性やその後の感染の可能性があることから、引き続きマスクの着用や毎日の健康チェック、新しい生活様式の実践に努めます。
 - ④市が検査結果など必要に応じて行う調査等に協力し、正確に報告をします。
- 以上

同 意 年 月 日	令和 年 月 日
市 内 事 業 所 所 在 地	〒952- 佐渡市
市 内 事 業 所 名	
代 表 者 名 または個人事業主名	印
従 業 員 数	人
今回検査を受ける人数	人
電 話 番 号	

添付書類 ①個人事業主の場合は、事業収入があることを証明する書類