

佐渡市長 様

申請者 所在地
事業所名
代表者名

印

P C R 検査費用補助金交付申請書兼実績報告書

P C R 検査費用補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び実績の報告をします。

記

1 補助金交付申請額等

従業員等の数	人
検体数の上限※1（A）	検体
既に助成を受けた検体数（B）	検体
助成対象となる検体数 A－B（C）	検体
助成を受けようとする検体数（D）	検体
CとDのいずれか少ない数（E）	検体
補助金額（F） 1 検体あたりの P C R 検査費用 × / （1,000 円未満切捨て）	円
交付申請額 （E）×（F）	円

※1 従業員等が 20 人未満の場合は 15 検体、20 人以上 100 人未満の場合は 30 検体、100 人以上の場合は 50 検体

2 補助金の振込先

金融機関名		支店名	本店・（ ）支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座 番号	
フリガナ			
口座名義			

3 添付資料

- ・ P C R 検査費用の内訳が分かる領収書の写し
- ・ 検査結果が分かる書類

佐渡市 P C R 検査費用補助金交付要綱の交付対象者要件の確認のため、市税等の滞納状況を確認することを承諾します。

事業者名・代表者名

印