

（宛先）鶴ヶ島市長

請求書の氏名  
振込口座 情報欄が  
同一になります

申請者が未成年等の場合  
保護者となります

申請者  
住所  
氏名  
（対象者との続柄 ）  
電話番号 —

鶴ヶ島市PCR検査費及び抗原検査費助成金交付申請書

PCR検査費及び抗原検査費の助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市PCR検査費及び抗原検査費助成金交付要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

申請額		保健センターで計算しますので記入不要です	
助成	住所	検査を受けた方の住所など全て記入をします	
	名		
	年 月 日		
	PCR検査 ・ 抗原検査		

介護保険施設入所前の検査の場合

入所予定施設の証明

施設名： 担当者： ④ 入所予定日：令和 年 月 日

添付書類

- ①地域外来・検査センター等発行の領収書【原本】
- ②診療明細書【原本】（又は診療明細書が添付できないとき、費用の額を確認できる書類）
- ③口座振込等申出書
- ④振込口座の写し（申請者本人の通帳・キャッシュカードの名義人・口座番号・支店名部分の写し）
- ⑤鶴ヶ島市PCR検査費及び抗原検査費助成金支払い請求書
- ⑥介護保険施設入所前の検査で診療明細書がない場合検査内容が確認できる書類の写し（検査結果書、陰性証明書等）

確認事項

- 中学3年生まではこども医療費で申請