

年 月 日

大館市長 様

申請者
住 所 大館市

氏 名 検査を受けた方との続柄
()

(検査を受けた方が申請者となります。ただし、検査を受ける方が申請日時点において18歳未満である場合は、その保護者が申請者となります。)

大館市新型コロナウイルスPCR等検査費用支援申請書

下記のとおり、大館市新型コロナウイルスPCR等検査費用についての支援を申請します。

検査を受けた方	氏 名	(申請者と同じ場合は記入不要)
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
訪問地域 (都道府県・市区町村)	都 道 市 区 府 県 町 村	
訪問理由 (該当するものに○をすること)	ア：進学・就職 イ：編入 ウ：学校行事等 エ：その他	
帰宅した日	令和 年 月 日	

※以下の内容の確認・同意できる場合は「□」に「✓」を記入して下さい。

- 検査を受けた者は、市内に住民登録があり、かつ、実際に居住しています。
- 他の制度によるPCR等検査費用の助成金の交付を受けた又は受ける予定もありません。
- 申請に偽りがある場合は、支援された地域限定商品券の相当金額を市に返還します。

市役所使用欄 No. _____		
決 定	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否
支援申請者確認書類 運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード・その他 ()		