

## 様式第1号(第6条関係)

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)	都道府県	市区町村		
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( )	