

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 20 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検査費用についての支援を申請します。

<□> 【第 4 条第 1 項第 1 号及び同第 3 号該当（11 歳～22 歳：進学・就職等活動）】

検査を 受けた方	氏 名	(姓 年 月 日) 申請者と同じ場合は記入不要
	生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）
	在籍学校・大学名（学年） 又は卒業した学校・大学名	(第 学年) 卒業された方は学年の記入は不要
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 イ：編入 ウ：就職 エ：その他（ ） (その他：研修等学校事業・各種大会など)

<□> 【第 4 条第 1 項第 2 号該当（11 歳以下：ワクチン未接種）】

検査を 受けた方	氏 名	(姓 年 月 日)
	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

※<□>の該当するいずれかに「✓」を記入して下さい。

※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 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	☐ 可	☐ 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（ ）		