様式第１号（介護老人福祉施設等）

PCR検査等支援金交付申込書兼請求書

　　年　　月　　日

　豊中市長　あて

申込者) 郵便番号

（請求者） 所　 在　 地

名　　　　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　 印

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申込者（請求者）は事業者（法人）をご記入ください。

豊中市介護保険サービス事業所等が負担するPCR検査等の自主検査に係る支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申込みいたします。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された支援金を次の口座に振り込んでいただきますよう依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申込み額  （請求金額） | 金　　　　　　　　　　　円 |

＜施設・事業所等種別＞

|  |  |
| --- | --- |
| 介護老人福祉施設（地域密着型含む） | 申込み施設数 |
| 介護老人保健施設 | 申込み施設数 |
| 認知症対応型共同生活介護事業所 | 申込み事業所数 |
| 短期入所生活介護事業所 | 申込み事業所数 |
| 短期入所療養介護事業所 | 申込み事業所数 |

　　※申込む施設・事業所等種別の申込み施設・事業所数を記入（複数記入可）

〇添付書類

(1) PCR検査等実施報告書

(2)　PCR検査等に係る負担額及び事業者が負担したことを確認できる領収書等

(3) その他市長が必要と認める書類

〇振込先口座（※申込者（請求者）と同一名義の口座を記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　　　込　　　口　　　座 | | | | | | | |
| （フリガナ）  金融機関名 | 銀行  　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　信用組合  　　　　　　　　　　　農業協同組合 | | | | | | |
| 口座の種類 | 1　普　通　　・　　2　当　座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | |
| 口座名義  （※申込者と同一） |  | | | | | | |