

様式第3号（第9条関係）

年 月 日

座間味村長 様

検査費助成金交付申請書

申請者 住 所

氏 名

電 話

下記のとおり、座間味村新型コロナウイルス検査費助成事業実施要綱第9条の規定により、検査費助成金の交付申請をします。

いずれかに○をつけてください。【 1回目 ・ 2回目 ・ 回目 】

(ふりがな)					
助成対象者		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	座間味村 電話番号 ( )				
助成申請額 (支払いした 金額の7割)	助成申請額 _____ 円				
支払先	金融機関 ( _____ / _____ 支店) 口座番号 ( _____ ) 口座名義 ( _____ )				

市町村事務確認欄	本人確認	内容確認
受付年月日 令和 年 月 日		

(表)

\* 添付書類 貼り付け用紙

①領収書

②振込口座がわかる書類