

松戸市民PCR検査助成事業 申請書兼請求書 (2回目用)

申請日：令和 年 月 日

松戸市長 本郷谷 健次 宛て

申請者(保護者) ^{フリガナ} 氏 名 _____ ⑧

生年月日 (T・S・H) 年 月 日生

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

下記の①～⑤の欄に必要事項を記入してください。(※⑥～⑧については該当者のみ記入)

① 〈検査日〉 令和 年 月 日	② 〈検査結果〉 陰性・陽性	③ ※初回の方は記入不要です。 〈前回検査日〉 令和 年 月 日
④ 〈申請金額〉 _____ 円	←※④の申請金額欄には「検査費用の実費」または「2万円」のどちらか小さい方の額を記載してください。	
⑤ 〈請求金額〉 _____ 円	←※⑤の請求金額欄には上記の申請金額と同額を記載してください。	

↓※申請者と受検者が異なる場合(受検者が20歳未満の場合など)のみ下記欄に記入してください。

⑥ (フリガナ) 〈受検者氏名〉 _____	⑦ 〈生年月日〉 (T・S・H・R) 年 月 日
⑧ 〒 _____	〈受検者住所〉 _____

(同意する事項) ※下記の内容をご確認の上、同意欄に☑を入れてください。

同意欄： 本様式に記載のない事項については、全て第1号様式に記載の通りです。

(注意事項)

- 同月に受検した検査費用に限り、本書を用いて2回分の助成をまとめて申請することが可能です。(4月中に2回受検した検査費用の助成はまとめて申請することができますが、4月と5月に受検した検査費用をまとめて申請することはできませんので、その場合は第1様式で別々に申請をおこなってください。)
- 「松戸市民PCR検査助成事業申請書兼請求書」(第1号様式) および本申請書(第2号様式)に必要事項を記入のうえ、必要書類を添付してご提出ください。

※申請等に関しまして、ご不明な点等がございましたら下記までお問合せください。

お問合せ先：松戸市 健康福祉部 地域医療課 (TEL) 047-366-7771