

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

フリガナ 申請者(保護者)氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 (T・S・H) 年 月 日生

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

日中連絡が取れる電話番号 \_\_\_\_\_

- 下記の①～⑦の欄に必要事項を記入してください。(※⑤～⑦については該当者のみ記入)
● 検査を受けた本人が申請してください。ただし、20歳未満の未成年者が検査を受けている場合は、保護者が申請してください。

Table with 3 columns: ① <検査日> 令和 年 月 日, ② <検査結果> 陰性・陽性, ③ <前回検査日> 令和 年 月 日 (※初回の方は記入不要です)

Table with 2 columns: ④ <申請および請求金額> 円, ※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。

↓※受検者が20歳未満の場合のみご記入ください。

Table with 2 columns: ⑤ (フリガナ) <受検者氏名>, ⑥ <生年月日> (T・S・H・R) 年 月 日

Table with 2 columns: ⑦ <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。

☐ 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。

【領収証等の返却確認】

☐ 領収証および医療費明細書(原本)の返却を希望する。

(※チェックがない場合は、返却しません)

(注意事項)

- 同月に受検した検査費用に限り、本書および第1号様式を用いて、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できません。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