（第２号様式）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（用紙規格　ＪＩＳ　Ａ４）

**市提出用**

**松戸市民ＰＣＲ検査助成事業　申請書（２回目用）**

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

松戸市長　宛て

申請者(保護者)

**※検査を受けた後、概ね２週間以内に申請してください。制度の詳細は、ホームページをご確認ください。**

生年月日　（Ｔ・Ｓ・Ｈ）　　年　　　月　　　日生

〒　　　　　－

住　　所

**（市ホームページ）**

**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。１８歳未満の方が検査を受けている場合は、保護者が申請してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **<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 | **←※金額欄には「検査費用の実費」または「20,000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１８歳未満の場合のみご記入ください。** | | | | | | | | | | | |
| **⑤　（フリガナ）**  **<受検者氏名>** | | | | | | | | | | **⑥**  **<生年月日>**（ H ・ R ）　　　年　 　月　 　日 | |
| **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。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」（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**