

松戸市民PCR検査助成事業 申請書

申請書を書いた日付を
記入してください。

申請日：令和 3年 6月 1日

【記入の際の注意事項】

- 字を間違えた際は二重線を引いた上で訂正印を押してください。
※金額欄は訂正できませんので、新しい用紙に書き直してください。
※修正液や、修正テープで訂正することはできません。

★1 押印は必ず必要です

フリガナ **マツド タロウ** 氏名 **松戸 太郎** 松戸

生年月日 (T・S・H) **48年 11月 18日** 生

〒 **000 - 0000**

住所 **松戸市松戸〇-△-**

★2 日中連絡の取れる
連絡先

日中連絡が取れる電話番号 **090-0000-0000**

- 下記の①～⑫の欄に必要な
- 検査を受けた本人が申請
合は、保護者が申請して

- ★3 申請および請求金額には、税込みの金額を記入してください。(上限2万円)
 - 送料を計上する場合は、別途申立書が必要です。
 - 代引き手数料、有料の陰性証明書代や抗体検査代金は対象外となります。
- 例1) 検査費用 25,000円 ⇒ 記入金額 20,000円
例2) 検査費用 14,000円 + 送料500円 ⇒ 記入金額 14,500円

①
〈検査日〉 令和 3年 5月 1日

④
〈申請および請求金額〉 20,000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。

振込先口座(※申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は裏面の委任状欄をご記入下さい。)

⑤金融機関名	松戸銀行	⑥本支店名	松戸支店						
⑦預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	⑧口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)	マツド タロウ								
⑨口座名義	松戸 太郎								

↓※受検者が20歳未満の場合のみご記入ください。

⑩ (フリガナ) **マツド コタロウ**
〈受検者氏名〉 **松戸 小太郎**

⑪
〈生年月日〉 (T・S・H・R) S **17年 8月 1日**

⑫
〈受検者住所〉 〒 **000**
松戸市松戸

- 受検者が20歳以上の場合は、受検者本人が申請者となります。
- 20歳未満の受検者について、住居が保護者と同居の場合は、住所欄は「同上」で構いません。

【同意事項】

(※本申請書のご提出をもって、下記4項目に同意をいただいたものとして取り扱います。)

- (1) 検査結果につき、受検した医療機関から情報提供を求める場合があること。
- (2) 住所等の確認のため、市が住民記録の情報を閲覧する場合があること。
- (3) 助成金の申請受付後、審査の結果、申請内容に虚偽等が判明した場合、助成金の返却を行う場合があること。
- (4) 申請内容に虚偽等が判明した場合、申請内容の訂正を求め、再申請を要する場合があること。

領収証および医療費明細書(原本)は、希望者にのみ返却いたします。
返却を希望される方は、必ずチェックを入れてください。

【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)

<対象者区分の確認>

(下記いずれかの対象者区分に☑を入れ、必要事項を記入して下さい。)

- (1) 松戸市内に住民登録をしている。
 - (2) (1) から (3) のうち、該当する対象者区分にチェックを入れ、市立・私立の必要な個所を記入してください。
 - (3) 松戸市内に所在する訪問系介護サービス
- (2) (3) に該当する方は

- 市外在住で、(2) または (3) に該当する場合は、勤務先の情報を記入し、社員証や在籍証明書等、勤務の実態が分かる書類を添付してください。
- なお、勤務先の確認のため、場合によっては市が勤務先に在籍照会をする場合があります。

職 種	(記
勤務先の名称	居宅
勤務先の所在地	松戸市松戸 ■—■—■
勤務先の電話番号	0 4 7 - * * * - * * * *
(同意事項) 勤務先の確認のため、市が勤務先に照会することがあります。右口に☑を入れてください。	
☑	

<必要書類について>

申請者ご本人以外の口座に助成金の振り込みを希望される場合は
下記の委任状欄を必ずご記入ください。

<委任状について>

※申請者ご本人名義以外の口座に助成金の振り込みを希望される方は委任状をご記入ください

委 任 状

松戸市長 本郷谷 健次 宛て

申請日と同じ日付をご記入ください

令和 3 年 6 月 1 日

書き間違いがないよう
ご注意ください

(申請者)
委任者

申請者の氏名・住所・押印

住 所

氏 名

押印は必ず必要です



私は、松戸市民PCR検査助成事業の助成金受領に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

受任者 住 所

口座名義人の氏名・住所・電話番号

氏 名

電話番号

＜必要添付書類チェックリスト＞

- 提出前に下記の注意事項および添付書類が揃っていることをご確認のうえ、該当する箇所に☑を入れてください。
- 本チェックリストは、申請の結果が判明するまで、申請者ご本人のお手元にて保管してください。

- 申請書をご提出される前に、下記の注意事項を必ずご確認ください。

① 申請に関する注意事項

- (1) 申請書を訂正するときには、修正液や修正テープは使えません。二重線にて取り消しの上、訂正印を押印してください。ただし、金額の欄は訂正印を押印しても訂正ができませんので、改めて申請書のご記入をお願いいたします。
- (2) 医療機関で実施する、無症状者を対象とした『自費診療のPCR検査』が助成の対象です。新型コロナウイルス感染症の症状のある方は保険適用となるため、助成の対象外となります。
- (3) 民間検査機関（衛生検査所）に申し込むPCR検査は、助成の対象外です。
(※陽性の疑いがある場合でも保健所への発生届が提出されず、再度、医療機関において確定診断の検査を受ける必要があるため)
- (4) 領収証と医療費明細書（ともに原本）は、両方ご提出が必要です。返却を希望される方は、申請書1ページ目下段のチェックボックスにチェックを入れてください。
- (5) 実際に所要した検査費用の範囲内で、上限2万円/回まで申請できます。
(※検査費用と2万円のうち、どちらか小さい金額を申請できます)。
- (6) 検査費用が助成対象となるのはひと月に2回までです。申請は1回ごとに必要です。
- (7) 検査費用のほかに、検体送料がかかっている方については、別途申立書があれば、検体の送料も含めて申請できます。(申立書の様式は、市のホームページに掲載しています。)

② チェックリスト

【申請をされるすべての方へ】

- ☑ 本人確認書類の写

(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど、氏名・生年月日・住所が確認できるもの)

※受検者が20歳未満の場合は、申請者と受検者の分を両方ご提出ください。

- ☑ 医療機関が発行する領収証および医療費明細書（原本）

(『PCR検査の検査費用であること』および『検査の実施日』が明記されていること。)

- ☑ 領収証および医療費明細書（原本）の返却について

返却は希望者のみとなることを確認しました。

(※領収証および医療費明細書（原本）の返却を希望される方は、申請書1ページ目の該当のチェックボックスにチェックをお願いいたします。)

- 申請書を提出する前に、必ず全ての添付書類が揃っているか確認してください。
- 添付書類を確認したら、チェックを入れてください。
- 添付書類に不備・不足がある場合には、添付書類の再提出をして頂きます。

通帳の写し

通帳の表紙および見開き1ページ目等、銀行名、支店名、口座番号、口座名義人（フリガナ）が確認できる部分の写し（※受検者が20歳未満の場合は、申請者欄にある保護者名義の通帳の写しを添付してください。）

 委任状

申請者ご本人名義以外の口座に助成金の振り込みを希望される方は、申請書裏面下段の委任状欄にご記入いただくか、別途委任状（任意の様式）をご提出ください。

【対象者区分（2）（3）のみ】 社員証（写し）や在籍証明書（原本）など、勤務の実態がわかるもの

（名刺・名札は不可。在籍証明書の様式は、市のホームページに掲載しています）

- 「市外」在住の方が申請をされる場合に、ご提出ください。
- 「市内」在住の方は、提出不要です。

【同月に2回受検した検査費用の助成をまとめて申請される方のみ】 松戸市民PCR検査助成事業 申請書兼請求書（2回目用）※第2号様式

※申請等に関して、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