令和　 年　　 月　　 日

松戸市医療用抗原検査キット購入助成事業　助成金請求書

（令和5年4月1日以降）

松戸市長

申請者 　所 在 地

　 　　　 法 人 名

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　代 表 者 　 　 　　 　　　 ㊞

 連 絡 先

〈購入内容〉　　　　**※助成は１月当たり２０キットまでです※**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **購入キット名** | **１キット当たりの単価[a]** | **助成額単価[b]** | **購入数[c]** | **助成額[d]** |
| 　(a-500円) | (b×c) |
| SARS-Cov2ラピッド抗原テスト |  **※①** 円 |   　 円 |  個 |   　 　 円 |
| チェックMR-COV19 |  **※②**  円 |   　 円 |  個 |   　 　 円 |
| クリニテストCOVID－19抗原迅速テスト | 　　　　　**※③**円 |   　 円 |  個 |   　 　 円 |
| GLINE-2019-nCOVAgキット | 　　　　　**※④**　　　　円 |   　 円 |  個 |   　 　 円 |
| **※①③④1キット当たりの上限額　　935円****※② 　　1キット当たりの上限額1,375円** | 　　　　　　　　　　 **計** |  **個** | 　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　**円** |

松戸市医療用抗原検査キット購入助成事業について、上記のとおり対象医療用抗原検査キットを購入しました。

つきましては、　　助成金　　　　　　　　　　円を請求します。

助成金は下記口座への振り込みをお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　 銀　行　　　　　　　 　支　店 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　農　　協　　　　　　　　　　　　　　　　所 |
| 口座の種類 | 普　通　　・　　当　座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | (フリガナ)  |
| 　 |

〈振込先〉

**※申請者と口座名義が異なる場合は委任状が必要になる場合があります。 詳しくは地域医療課までお問い合わせください(047-366-7771)**

〈添付資料〉　　□確認書の写し　　□領収書の写し　□振込口座の通帳の写し